



Nº  
OX-OV 020109

ORDEN DE VISITA  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353

Código: GOL-SED-FR-02  
Fecha: Agosto 04 de 2017  
Versión: 2  
Página 1 de 2

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	Edem Valencia	Documento	75090597	Dirección	Cll 61 # 35 A - 38
Entidad	Nueva EPS	Teléfono		Consumo	3LT/24
Solicitante	Sandra L. Villegas	Parentesco	Esposa	Teléfono	3136875261

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130488006	Entrega y Recogida	Se realiza servicio Manual para Escanear documentos.

REVISIÓN TÉCNICA						
Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/trador	Código

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO																					
Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos															
CONCENTRADOR	P	C	B	B	0	2	1	8	2	8	0	1	1	2							
C. RESPALDO																					
REGULADOR 540																					
C. PORTATIL																					
REGULADOR 870																					
CARRITO P.																					

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO																	
CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CARRITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REPORTE DE DAÑOS											
Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant
Filtro Externo Central	\$5.000		Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Con/trador	\$150.000		Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrito Portatil	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Regulador 870	\$80.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 540	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Otros		

Nro. Reporte	Recibo Manual	Recibo CRM	Valor de Daños \$	Valor Pagado \$
--------------	---------------	------------	-------------------	-----------------

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño):  
 Se hace entrega del equipo CB80218280012 con Bateria # 2017 3910722  
 Funcionario Entrega: Leonel Delgado Documento: 15924098  
 Hora Servicio: 13:50

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS	CONSUMIBLES RECIBIDOS
Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo) <b>Orden Médica.</b>	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO) HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/> CANULA <input checked="" type="checkbox"/> TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/>

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: Cuota Moderadora \$ _____ Daño Equipo \$ _____ Otros Pagos \$ _____ Total \$ _____	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO <b>Excelente.</b>

**AUTORIZACIÓN HABEAS DATA** En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data, regulado por la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el ingreso de mis datos personales en el presente Contrato, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica [protecciondedatos@oxiprosas.com](mailto:protecciondedatos@oxiprosas.com) en calidad de RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S queda autorizado para recolectar, compilar, almacenar, usar, circular, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprimir y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto social de la Compañía y en especial para Capacitación, Historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y medicamentos, Encuestas de Opinión, atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares, Servicios de arrendamiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones, Control de Inventarios, Gestión de cobros. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO		
Nombre	Sandra L. Villegas	Firma
Documento	1053770502 Parentesco: Esposa	Huella
Teléfono	Cel: 3136875261	
Dirección Actual	Cll 61 # 35 A - 38	



CONTRATO DE COMODATO  
CONCENTRADOR PORTÁTIL

OXI-00042

FORMATO

GOL-SED-FR-06

Versión: 1 Actualización:  
07/07/2017

Página 1 de 2

I. COMODANTE - OXIPRO S.A.S. (Representado por)  
Nombre comodante OXIPRO S.A.S. Fecha 03 08 2017

II. DATOS COMODATARIO (Paciente)  
Nombre comodatario Edwin Valencia Documento Identidad 75090597  
Dirección comodatario Cll 61 # 35 A 38 Teléfono comodatario 3156809583  
Dirección ubicación equipo Cll 61 # 35 A 38 Teléfono ubicación 3136875261  
Descripción ubicación equipos Padre/Madre Hijos(a) Hermano(a)  
X Tío(a) Otro  
Ciudad Manizales EPS Nueva EPS Departamento Caldas  
Flujo (l/min) 3LT Horas 24 Nivel IBC

III. DATOS FIRMANTE (A ruego)  
Persona que firma contrato X Paciente Diligencia únicamente si la firma es A Ruego  
Nombre Documento Identidad  
Dirección Teléfono  
Ciudad Departamento  
Parentesco Padre/Madre Hijo(a) Hermano(a) Tío(a) Otro  
Sobriño(a) Otro

IV. REFERENCIAS PERSONALES  
1 Nombre Ana S Valencia Dirección Cll 61 # 35 A 38 Parentesco Hija.  
Teléfono 3167329854 Celular  
Empresa Dir. Empresa Tel. Empresa  
2 Nombre Olga L. Valencia Dirección Cll 61 # 35 A 38 Parentesco Hermana.  
Teléfono 3113961704 Celular  
Empresa Dir. Empresa Tel. Empresa

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

Equipo	Código	Valor CCIAL	Estado	Observaciones
Concentrador portátil	CB80218280112 Marca AIRSEP	12,15 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M	
Batería	Modelo FreeStyle 5 Ref. AS095-101	0,96 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M	
Fuente de alimentación universal CA/CC		0,90 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M	
Cable de alimentación de CA		0,15 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M	
Cable de alimentación de CC		0,03 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M	
Bolsa de transporte concentrador + correa para el hombro		0,11 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M	
Bolsa de transporte de accesorios + correa para el hombro		0,6 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M	
Filtro		0,01 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M	
INSUMO				Cánula 211213

EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S.  
Firma: Andrés Pulido  
Nombre: Israel Antúnez Sepúlveda  
Documento: 1592698  
EL COMODATARIO (Paciente) y/o FIRMA "A RUEGO" POR  
INCAPACIDAD FÍSICA DEL COMODATARIO Y A FAVOR DE ESTE  
Marque con una x la figura que firmará el presente contrato:  
 Paciente  A ruego  
Firma: Edwin Valencia P  
Nombre: Edwin Valencia P  
Documento: 75090597

 <b>DECLARACION DE CAPACITACION CONCENTRADOR PORTÁTIL</b>	<b>FORMATO</b>	
	<b>GOL-SED-FR-05</b>	
	<b>Versión: 1</b>	<b>Actualización: 07/07/2017</b>
<b>Página 1 de 1</b>		

**DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO**

Ciudad	Manizales.	Fecha	03 08 2022	Hora	13:50.
Nombre del paciente	Edwin Valencia	Documento identidad	75090597		
Nombre responsable paciente	Sandra L. Villegas.	Documento identidad	1053770502		
Nombre funcionario	Leonel Delgado	Documento identidad	15924098		

**CAPACITACIÓN**

OXIPRO S.A.S. ha sido el proveedor encargado por su EPS para brindarle el servicio de Oxígeno Medicinal formulado por su Médico. Le damos la bienvenida, indicándole a continuación algunas instrucciones y recomendaciones a tener en cuenta para el adecuado y correcto funcionamiento de su servicio.

**DECLARACIÓN DE CAPACITACIÓN**

Yo (Paciente) Edwin Valencia identificado con documento No. 75090597 atendido(a) actualmente por OXIPRO S.A.S. conforme lo indica la autorización de la EPS No. \_\_\_\_\_ o en mi calidad de acudiente Yo Sandra L. Villegas. identificado con documento No. 1053770502 responsable del paciente nombrado anteriormente, declaro que he recibido capacitación sobre el manejo y seguridad del dispositivo médico entregado por OXIPRO S.A.S., y que además:

- He comprendido la información suministrada.
- Tengo claridad sobre el funcionamiento del equipo.
- Me encuentro en la capacidad de identificar en la orden médica el nivel de consumo de oxígeno medicinal formulado por el médico tratante.
- Puedo realizar el procedimiento para graduar los equipos al nivel consumo formulado por el médico tratante, visualizado en la Orden Médica.
- Declaro conocer y aceptar las normas sobre seguridad y sobre el correcto uso del concentrador de oxígeno.
- Conozco los riesgos inherentes a la manipulación de Oxígeno Medicinal.
- Declaro que fui lo suficientemente informado sobre la incompatibilidad del uso de oxígeno generado por el concentrador frente a productos como grasas, gasolina, aceites y derivados.
- Conozco el número de contacto y horario dispuesto por la compañía para Atención al Cliente:

Sede: lunes a viernes 8:00 a.m. a 1:30 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m.

Línea de Atención al Cliente: 644 6062

Solicitud de servicios: 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Emergencias: 7:00 p.m. a 7:00 a.m.

- Adquiero el compromiso de comunicarme a la línea de Atención al Cliente: 644 6062, toda vez que se presente un evento de riesgo o incapacidad en la manipulación del equipo.
- Declaro que no permitiré el uso o manipulación del concentrador por terceros NO beneficiarios (paciente) del servicio.

OXIPRO S.A.S. queda absuelta de toda responsabilidad por accidentes y problemas derivados a mi persona, como paciente beneficiario del suministro y/o a terceros ajenos al proceso cuando se violen o desconozcan los parámetros arriba mencionados, siendo estos complementarios a la permanente orientación que, con la entrega periódica del oxígeno y los elementos antes mencionados, efectúan nuestros funcionarios.

PACIENTE	RESPONSABLE DEL PACIENTE	FUNCIONARIO OXIPRO S.A.S.
Firma: <u>Edwin Valencia</u> 75090597	Firma: <u>Sandra Lorena Villegas</u> 1053770502	Firma: <u>Leonel Delgado</u> 15924098

**RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD**

**IMPORTANTE:** El equipo siempre se debe ajustar al consumo recetado por su médico. No hacerlo puede representar riesgos para su salud.

- No fumar en el Hogar. Fumar es además muy perjudicial para la salud.
- El oxígeno no es combustible, pero puede ser inflamable (aviva violentamente cualquier fuente de fuego), por ello es importante no colocar el aparato cerca de fuentes de calor (cocinas, estufas, radiadores, aparatos eléctricos, etc.).
- El equipo no debe cubrirse ni deben colocarse objetos sobre este.
- Se recomienda no utilizar cremas de mano ni facial, aerosoles, ungüentos, disolventes ni productos grasos en presencia de oxígeno.
- Las cánulas nasales no deben sobrepasar los 15 metros y no deben tener uniones (para evitar fugas).
- No se debe aumentar o disminuir NUNCA el flujo prescrito por el médico ni manipular el equipo de oxígeno.
- Mantener el aparato y sus accesorios (máscaras, cánulas nasales) en buen estado y sustituirlas por unas nuevas cuando se requiera.



## CARTA DE ACEPTACIÓN PAGARÉ

FORMATO

GOL-SED-FR-07

Versión: 1

Actualización:  
07/07/2017

Página 1 de 1

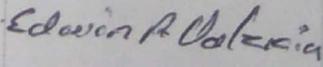
Número

YO, Edwin Valencia, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio, manifiesto que para los efectos señalados en el artículo 622 del código de comercio, autorizo expresa e irrevocablemente a OXIPRO S.A.S. o a quien esta empresa designe, para llenar sin previo aviso los espacios en blanco del pagaré No. \_\_\_\_\_, así:

1. El valor del pagaré será igual a todas las sumas de dinero que se adeuden a OXIPRO S.A.S., con relación al contrato de responsabilidad de equipos suscrito el día 03-08-2022.  
NOTA: los valores sufrirán modificaciones de acuerdo a los precios vigentes en el almacén, en el momento de hacer efectivo el pago de cualquiera de los elementos.
2. La fecha de creación y vencimiento del pagaré será aquella en la que se diligencien los espacios en blanco.
3. El lugar para efectuar el pago será en la sede de atención al cliente de OXIPRO S.A.S., y/o en el lugar que indique dicha empresa.
4. El pagaré así diligenciado presta mérito ejecutivo y será exigible sin más requisitos, ni requerimientos.
5. Se deja constancia que, en mi poder queda copia de la presente carta de instrucciones.
6. Los gastos originados por concepto de impuestos de timbre correrán a mi cargo.

Para constancia, se firma en la ciudad de Manizales a los 03 días del mes de Agosto del año 2022.

## INFORMACIÓN DE QUIEN ACEPTA TÉRMINOS DE PAGARÉ

Nombre: <u>Edwin Valencia</u>	Firma	Huella
Documento: <u>75090597</u> Parentesco: <u>Paciente</u>	 <u>75090597</u>	
Teléfono: _____ Cel: <u>3156809583</u>		
Dirección: <u>Cll 61 # 35 A - 38</u>		
EPS: <u>Nueva EPS</u>		
Cotizante _____ Beneficiario <input checked="" type="checkbox"/> EPS-S _____		



PAGARÉ

FORMATO

GOL-SED-FR-08

Versión: 1

Actualización:  
07/07/2017

Página 1 de 1

Número	Fecha de vencimiento	dd	mm	aaaa
Valor	Equipo	Código		

YO, Edwin Valencia, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio, manifiesto que pagaré solidaria e incondicionalmente a la orden de OXIPRO S.A.S., en la ciudad de Bogotá, en sus oficinas de atención al cliente ubicadas en la Carrera 12 No. 71-32 Of. 702, la suma de

(\$ \_\_\_\_\_), M/TE, así como cualquier otra suma por concepto de intereses o que se derive de ella o que sea complemento de ella. En caso de mora reconoceré y pagaré intereses a la tasa máxima permitida por la ley, sin perjuicio a las demás acciones legales que la acreedora pueda ejercer. Serán de mi cargo los gastos, costos, y los honorarios de la cobranza judicial o extrajudicial. Declaro excusado el protesto del presente pagaré, así como la presentación para el pago y el aviso de rechazo.

Para constancia, se firma en la ciudad de Manizales a los 03 días del mes de Agosto del año 2022.

## INFORMACIÓN DE QUIEN ACEPTA TÉRMINOS DE PAGARÉ

Nombre: <u>Edwin Valencia</u>	Firma	Huella
Documento: <u>75090597</u> Parentesco: <u>Paciente</u>	<u>Edwin Valencia</u>	
Teléfono: _____ Cel: <u>3156809583</u>		
Dirección: <u>@11 61 + 35 A -38</u>	<u>75 090 597</u>	
EPS: <u>NUEVA EPS</u>		
Cotizante _____ Beneficiario <input checked="" type="checkbox"/> EPS-S _____		