OXIPRO
OXÍGENOS MEDICINALES
NIT. 900.481.014-0

Nº
OX-OV 020558

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

Código	OXS-SEG-FR-02
Fecha	Agosto 08 de 2017
Versión	2
	Página 1 de 2

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	Luis Beltral	Documento	11.318-953	Dirección	Vereda Cepalzado	Fecha	04 / 1 / 22
Entidad	Famisanar	Teléfono		Consumo	2 H. x 24 H.	Adicular	
Solicitante	Johanna Rebollo	Parentesco	Familia Solicita			Teléfono	3015801596

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130441984	Entrega cilindro y Concentrador	
130441985	Entrega cilindro portatil permanente	

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire ☐ Cambio ☐ Limpieza	Hora Con/trador	Código

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

	Códigos Equipos Entregados	Códigos Equipos Recogidos
CONCENTRADOR	NN-13898	
C. RESPALDO	07151151	
REGULADOR 540	RR-22810B	
C. PORTATIL	BA1185	
REGULADOR 870	R11100506Y	
CARRITO P.	CP2233	

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR [SI] [NO] | C. RESPALDO [SI] [NO] | C. PORTATIL [SI] [NO] | REGULADOR 540 [SI] [NO] | REGULADOR 870 [SI] [NO] | CARRITO [SI] [NO]

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		

No. Reporte	Recibo Manual	Recibo CRM	Valor de Daños $	Valor Pagado $

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño): Se entregan equipos probados y revisados en perfectos condiciones. Se entregan desechables nuevos y en buen estado

Hora Servicio: 2.02

Funcionario Entrega: Santiago Lopez

Documento: SPN 142

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)

- FALLECIMIENTO — Fallecimiento del Paciente.
- VOLUNTARIA — Devolución Voluntaria.
- ORDEN MÉDICA — Por Orden Médica.
- CAMBIO — Cambio de Proveedor.
- AFILIACIÓN — Estado Afiliación EPS.

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR	1	090919
CÁNULA	1	153500
TRAMPA DE AGUA		

PAGOS

PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
	$	$	$

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO
MUY MALO

Excelente

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 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** 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, suprimir, 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, Control 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 cobro. 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: Johanna Rebayo Rojos
Documento: 62 603 782 Pc
Parentesco:
Tel: 301 580 15 96
Cel:
Dirección Actual:

Firma: Johanna Rebayo Rojos

Huella:

OXIPRO
OXIGENOS MEDICINALES
NIT. 900.481.014-0

Nº		Código:	OXI-[illegible]
OX-DC 016402		Fecha:	Agosto 04 de 2017
		Revisión:	2
			Página 1 de 2

DECLARACION DE CAPACITACION

LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520

LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	Ziraquiró	Fecha	14 01 22	Hora	2:02 PM
Nombre del Paciente	Jois Bernal			Documento Identidad	11.518.952
Nombre Responsable Paciente	Johanna Robayo			Documento Identidad	52 603 782
Nombre Funcionario	Santiago Lopez			Documento Identidad	SDM 142

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 y a continuación encontrará algunas instrucciones y recomendaciones a tener en cuenta para el adecuado y correcto funcionamiento de su servicio

A. SOBRE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

- La recarga de cilindro portátil deberá efectuarla en la sede de atención al Usuario más cercana a su domicilio:

SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO

sede	Dirección	Horario de atención: Lunes a Viernes	Horario de atención: Sábado
Dosquebradas	Carrera 2A No. 7-35 Zona Industrial La Badea Manzana 4 Bodega 4	8:00 am a 12:00 m y 2:00 Pm a 5:00 pm	8:00 am a 1:00 pm
Manizales	Carrera 21 No 23-21 Edificio Tamanaco	8:00 am a 3:30 pm	9:00 am a 11:30 am
Armenia	Calle 7 No. 21-48 Edificio Torres de Granada Local 5	8:00 am a 11:30 am y 2:00 pm a 5:00 pm	8:00 am a 12:00 m
Bogotá	Carrera 12 No. 71-32 Oficina 702	8:00 am a 1:30 pm y 2:00 pm a 5:00 pm	8:00 am a 1:30 pm

O solicitarla a domicilio con un cargo adicional por envío, comunicándose a nuestra Línea de Atención al Usuario:

LINEAS DE ATENCIÓN AL USUARIO

Seccional	Telefono	Horario de atención: Lunes a Viernes	Horario de atención: Sábado	Emergencias 24 horas
Bogotá	6446062	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	6446062
Eje Cafetero	3302770-3401511	8:00 am a 6:00 pm	8:00 am a 12:00 m	314 7912353

- Si la Autorización de Servicios expedida por la EPS, corresponde a un préstamo por (3) días, debe realizar la devolución de la misma en la Sede de Atención al Usuario. No entregarla en el tiempo indicado, generará cobro de multa por cada día adicional que el cilindro portátil se encuentre en poder del Usuario.
- Cuando la Autorización de servicios expedida por la EPS corresponde a un Cilindro Portátil Permanente debe tener en cuenta:
  - Tiene derecho a 4 recargas al mes.
  - A partir de la 5ta. recarga dentro del mismo mes, se realizará el cobro de la misma.
  - Las recargas deben efectuarse directamente en la Sede de Atención al Usuario.
- Para cualquier servicio de soporte técnico, cambio de insumos (humificador, cánula, trampa de agua), recargas de cilindros de respaldo deberá comunicarse a la LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO

(Continúa Página 2)

DECLARACION DE CAPACITACION

Yo _____ con cédula de ciudadanía Nº _____ que soy atendido por OXIPRO S.A.S, con la autorización de la EPS _____ o en mi calidad de acudiente Yo Johanna Robayo con cédula de ciudadanía Nº 52. 603. 782 responsable del paciente nombrado anteriormente quien presenta impedimento físico; Declaro que he recibido capacitación sobre el manejo y seguridad de los equipos entregados por OXIPRO S.A.S, y tengo la capacidad de:

- Instalar adecuadamente el regulador de oxígeno en el cilindro y/o manipular el concentrador.
- Realizar el procedimiento para solicitar el pedido de oxigeno a la Linea de Atención al Usuario.
- Identificar en la Orden Médica, el nivel de consumo de Oxígeno Medicinal, formulado por el médico tratante.
- 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 de los cilindros y/o concentradores de oxígeno.
- Conozco los riesgos inherentes a la manipulación de Oxígeno Medicinal y equipos relacionados (cilindro, regulador y concentradores).
- Declaro que fui lo suficientemente informado sobre la incompatibilidad del uso de Oxígeno contenido en cilindros y generado por el Concentrador frente a productos como grasas, gasolina, aceites y derivados de estos.
- Declaro que aun teniendo la información sobre el manejo y seguridad de los equipos, al presentarse alguna situación inherente a la seguridad de cualquiera de los equipos (concentrador, regulador, manómetro, cilindro), me comunicaré directamente con Oxipro S.A.S, para obtener el apoyo requerido.
- Declaro que no permitiré el uso o manipulación de oxígeno, el cilindro, reguladores y concentrador por terceros NO beneficiario (paciente) de los mismos.

Oxipro S.A.S, queda absuelta de cualquier 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 que efectúan nuestros funcionarios.

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@oxipro.co.co 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.

FIRMAS DE LA DECLARACION

Firma Paciente:	Firma Responsable del Paciente:	Firma Funcionario:
	Johanna Robayo Rojas.	

OXIPRO
OXÍGENOS MEDICINALES
NIT. 900.481.014-0

Nº

OX-CC 017850

CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES

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

Código	GCL SEG-FR-02
Fecha	Agosto 04 de 2017
Versión	3
	Página 1 de 3

I. COMODANTE – OXIPRO S.A.S (Representado por)

Nombre Comodante	OXIPRO S.A.S "OXIPRO" Santiago Lopez	Fecha	14	01	22

II. DATOS COMODATARIO – (PACIENTE)

Nombre Comodatario	Luis Berna!	Documento Identidad	11.518.953
Dirección Comodatario	Vc. Engalizado	Tel Comod	3015801596
Dirección Ubicación Equipo	Vc Engalizado	Tel Ubicac	3015801596
Descripción Ubicación Equipos	☒ Paciente ☐ Padre / Madre ☐ Hijo(a) ☐ Hermano(a) ☐ Sobrino(a) ☐ Tio(a) ☐ Otro		
Ciudad	Zipaquira	Departamento	Cundinamarca
Flujo (L/min)	2 litros	Horas 24 H	EPS Famisanar / Nivel IBC

III. DATOS FIRMANTE "A RUEGO"

Persona que Firma Contrato ☐ Paciente ☐ "A Ruego" El numeral III debe ser diligenciado únicamente si la firma es "A Ruego"

Nombre	Johanna Robayo	Documento Identidad	52.603.782.
Dirección	Vc. Engalizado	Teléfono	3015801596
Ciudad	Zipaquira	Departamento	Cundinamarca
Parentesco	☐ Padre / Madre ☐ Hijo(a) ☐ Hermano(a) ☐ Sobrino(a) ☐ Tio(a) ☐ Otro Familia Politica		

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1 Nombre	Johanna Robayo	Dirección	V. Engalizado
Teléfono		Celular	3015801596
Parentesco	Familia Politica		
Empresa		Dir. Empresa	
Tel. Empresa			
2 Nombre	Jose Muñoz	Dirección	V. Engalizado
Teléfono		Celular	3245427437
Parentesco	Familia Politica		
Empresa		Dir. Empresa	
Tel. Empresa			

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	NN-1389B Marca Modelo	4 (SMLV)		B ✓ M		CP 2233
Cilindro de Respaldo	D7151510	1 (SMLV)		B ✓ M		
Regulador de Cilindro	RR-22B10B	0,15 (SMLV)		B ✓ M		
Cilindro Portátil	BAA1B5	0,35 (SMLV)		B ✓ M		
Regulador C Portátil	R1111005069	0,18 (SMLV)		B ✓ M		

INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR

COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Panel	0,71 (SMLV)	1	B ✓ M		
Filtros	0,01 (SMLV)	3	B ✓ M		
Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	B ✓ M		
Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	B ✓ M		
Cable	0,01 (SMLV)	1	B ✓ M		
Ruedas	0,04 (SMLV)	4	B ✓ M		
Cabina	-	1	B ✓ M		

INSUMO	Humidificador		Cánula		Carrito		Trampa de Agua		

ORIZACIÓN 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 rato, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica protecciondedatos@oxipromsa.com en calidad de RESPONSABLE, 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, esar, 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 cial 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 ión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares, Servicios de arrendamiento uipos, 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 nación 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.

COMODANTE – OXIPRO S.A.S

del Comodante (Representante)

re Comodante (Representante)

mento Identidad (Representante)

EL COMODATARIO - PACIENTE y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FISICA DE EL COMODATARIO (Paciente) Y A FAVOR DE ESTE

Marque con una X la figura que firmará el presente contrato ☐ Paciente ☐ "A Ruego"

Firma de el Comodatario Johanna Robayo Rojas

Nombre de el Comodatario Johanna Robayo Rojas

Documento Identidad del Comodatario 52 603 782.