

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: Blanca esmerida R Documento: 24494771 Dirección: [ ] Fecha: 23 de 22  
Entidad: Nueva EPS Teléfono: 3165373604 Consumo: 2 litros 24 HR  
Solicitante: Alba lucia Bañal Parentesco: Nieta Teléfono: 3053068288

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 130485471 Tipo de Servicio: entrega inicial Observación: Se realiza Afección manual por problema en el sistema

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2 [ ] Flujo [ ] Concentración [ ] Filtro de aire [ ] Cambio [ ] Limpieza [ ] Hora Contrador [ ] Código [ ]

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

| Códigos Equipos Entregados |     |   |           | Códigos Equipos Recogidos |  |  |  |
|----------------------------|-----|---|-----------|---------------------------|--|--|--|
| CONCENTRADOR               | UJZ | - | 22488B    | CONCENTRADOR              |  |  |  |
| C. RESPALDO                | RA  | - | 150830136 | C. RESPALDO               |  |  |  |
| REGULADOR 540              |     |   |           | REGULADOR 540             |  |  |  |
| C. PORTATIL                |     |   |           | C. PORTATIL               |  |  |  |
| REGULADOR 870              |     |   |           | REGULADOR 870             |  |  |  |
| CARRITO P.                 |     |   |           | CARRITO P.                |  |  |  |

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR  C. RESPALDO  C. PORTATIL  REGULADOR 540  REGULADOR 870  CARRITO

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 Contrador      | \$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 entrega equipos en perfecto estado verificados por el paciente Hora Servicio: 13:55

Funcionario Entrega: Juan Guillermo Lopez Documento: 1087 988 114

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)

- FALLECIMIENTO: Fallecimiento del Paciente.
- VOLUNTARIA: Devolución Voluntaria.
- ORDEN MEDICA: Por Orden Médica.
- CAMBIO: Cambio de Proveedor.
- AFILIACION: Estado Afiliación EPS.

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)  
HUMIDIFICADOR: SI  
CÁNULA: SI  
TRAMPA DE AGUA: NO

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

| Cuota Moderadora | Daño Equipo | Otros Pagos | Total |
|------------------|-------------|-------------|-------|
| \$ //            | \$ //       | \$ //       | \$ // |

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)  
EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO  
exelente

**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 ya he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: Blanca esmerida Restrepo Firma: x Blanca E Restrepo  
Documento: 24494771 Parentesco: Paciente x 24 494 771  
Teléfono: 3165373604 Cel: 3162808253  
Dirección Actual: Bst las Acacias # 6-18-A Huella: [ ]

N° 130485471  
OX-CC 018354

**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: OX-001-P4-02  
Fecha: Agosto 04 de 2017  
Versión: 2  
Página 1 de 2

**I. COMODANTE - OXIPRO S.A.S (Representado por)**

Nombre Comodante: OXIPRO S.A.S "OXIPRO" Juan Guillermo Lopez Fecha: 23 Julio 2022

**II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)**

Nombre Comodatario: Blanca Esmeralda Restrepo Documento Identidad: 24494771  
Dirección Comodatario: Bv las Acacias Mz 6-18-A Tel Comod: 3165373604  
Dirección Ubicación Equipo: Bv las Acacias Mz 6-18-A Tel Ubicac: 3162808253  
Descripción Ubicación Equipos:  Paciente  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tio(a)  Otro  
Ciudad: Armenia Departamento: Quindío  
Flujo (L/min): 2 litros Horas: 24 EPS: Nueva EPS 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: Documento Identidad:  
Dirección: Teléfono:  
Ciudad: Departamento:  
Parentesco:  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tio(a)  Otro

**IV. REFERENCIAS PERSONALES**

1 Nombre: Alba Lucia Bañal Dirección: Bv las Acacias Mz 6-18-A  
Teléfono: 3053068288 Celular: 3162808253 Parentesco: Nieta  
Empresa: Independiente Dir. Empresa: Tel. Empresa:  
2 Nombre: Alba Rosa bedoya Dirección: CRAO-B-1-D-03 Buga la grande  
Teléfono: 3165373604 Celular: 3176681658 Parentesco: Hija  
Empresa: Independiente Dir. Empresa: Tel. Empresa:

**V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)**

| EQUIPO  | CODIGO                | VL. CCIAL   | CANT   | ESTADO | INI     | OBSERVACIONES |                |    |
|---|-----------------------|-------------|--------|--------|---------|---------------|----------------|----|
| Concentrador  | NN-22488              | 4 (SMLV)    | 1      | X      | M       |               |                |    |
|   | Marca: YUYUE          |             |        |        |         |               |                |    |
|   | Modelo:               |             |        |        |         |               |                |    |
| Cilindro de Respaldo                                      | JP150870136           | 1 (SMLV)    | 1      | X      | M       |               |                |    |
| Regulador de Cilindro                                     | RR-21651B             | 0,15 (SMLV) | 1      | X      | M       |               |                |    |
| Cilindro Portátil   |                       | 0,35 (SMLV) |        |        | M       |               |                |    |
| Regulador C Portátil                                      |                       | 0,18 (SMLV) |        |        | M       |               |                |    |
| INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR | COMPONENTE            | VL. CCIAL   | CANT   | ESTADO | INI     | OBSERVACIONES |                |    |
|   | Panel                 | 0,71 (SMLV) | 1      | X      | M       |               |                |    |
|   | Filtros               | 0,01 (SMLV) | 3      | X      | M       |               |                |    |
|   | Flujómetro            | 0,35 (SMLV) | 1      | X      | M       |               |                |    |
|   | Interruptor Encendido | 0,02 (SMLV) | 1      | X      | M       |               |                |    |
|   | Cable                 | 0,01 (SMLV) | 1      | X      | M       |               |                |    |
|   | Ruedas                | 0,04 (SMLV) | 4      | X      | M       |               |                |    |
| Cabina  |                       |             | 1      | X      | M       |               |                |    |
| INSUMO  | Humidificador         | 1           | Cánula | 1      | Carrito | NO            | Trampa de Agua | NO |

**AUTORIZACIÓN HABEAS DATA** En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data, regulado por la Ley 1561 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.com](mailto:protecciondedatos@oxipro.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 se ha suministrado de forma voluntaria y es verídica.

**EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S**

Firma del Comodante (Representante): Juan Guillermo Lopez  
Nombre Comodante (Representante): Juan Guillermo Lopez  
Documento Identidad (Representante): 1087988114

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

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

Firma del Comodatario: Blanca E Restrepo  
Nombre de el Comodatario: Blanca E Restrepo  
Documento Identidad del Comodatario: 24494771

**DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO**

|                             |                           |       |            |                     |            |
|-----------------------------|---------------------------|-------|------------|---------------------|------------|
| Ciudad                      | Armenia                   | Fecha | 23 07 2022 | Hora                | 13:55      |
| Nombre del Paciente         | Blanca esmeralda Restrepo |       |            | Documento Identidad | 24494771   |
| Nombre Responsable Paciente | Alba lucia Bañol          |       |            | Documento Identidad | 1096035224 |
| Nombre Funcionario          | Juan Guillermo Lopez      |       |            | Documento Identidad | 1087988114 |

**CAPACITACION**

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 PRESTACION DEL SERVICIO**

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

**SEDES DE ATENCION AL USUARIO**

| sede         | Dirección   | Horario de atención                    |                    |
|--------------|---|--|--------------------|
|              |   | Lunes a Viernes                        | Sábado             |
| Donzustradas | Carrera 2A No. 7-35 Zona Industrial La Balsa Manzana 4 Bodega 4 | 8:00 am a 12:00 m y 2:00 Pm a 6:00 pm  | 8:00 am a 1:00 pm  |
| Manizates    | Carrera 21 No 73-21 Edificio Tamaraco                           | 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 pm |
| Bogota       | Carrera 32 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, comunicandose a nuestra Línea de Atención al Usuario:

**LINEAS DE ATENCION AL USUARIO**

| Seccional    | Teléfono        | Horario de atención |                    | Emergencias 24 horas |
|--------------|-----------------|---------------------|--------------------|----------------------|
|              |                 | Lunes a Viernes     | Sábado             |                      |
| 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 pm | 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 ATENCION AL USUARIO (Continúa Página 2)

**DECLARACION DE CAPACITACION**

Yo Blanca esmeralda Restrepo con cédula de ciudadanía N° 24494771 que soy atendido por OXIPRO S.A.S, con la autorización de la EPS Nueva EPS o en mi calidad de acudiente Yo Alba lucia Bañol con cédula de ciudadanía N° 1096035224

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 oxígeno a la Línea 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.

**AUTORIZACION 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 [protecciondatos@oxiprosas.com](mailto:protecciondatos@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 mantenimiento 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:

x Blanca E Restrepo  
 r 24494771

Firma Responsable del Paciente:

Alba lucia Bañol Restrepo  
 1096035224

Firma Funcionario:

Juan Guillermo Lopez  
 1087988114