

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente	Maria Rodriguez	Documento	20221197	Dirección	Cra 121 # 26-34 Sur	Fecha	25/3/22
Entidad	Famisanar	Teléfono	3112578395	Consumo	2L/24h	Adresam	
Solicitante	Ahida Arias R.	Parentesco	Hija	Teléfono	3112578395		

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130458919	Visita servicio oxigeno domiciliario	

**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	7.F.55E12019070076			CONCENTRADOR			
C. RESPALDO	17318915			C. RESPALDO			
REGULADOR 540	RR-23307B			REGULADOR 540			
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P.				CARRITO P.			

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**

CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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		Carrilo 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 realiza visita domiciliaria realizando el cambio de papeleria para EPS.	Hora Servicio	15:15
---	--	---------------	-------

Funcionario Entrega:	Antony Chah	Documento:	SPN 142
----------------------	-------------	------------	---------

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

<b>RECOGIDA DE EQUIPOS</b>	<b>CONSUMIBLES RECIBIDOS</b>
Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)
<b>FALLECIMIENTO VOLUNTARIA</b> Fallecimiento del Paciente. <b>ORDEN MÉDICA</b> Devolución Voluntaria. <b>CAMBIO</b> Por Orden Médica. <b>AFILIACIÓN</b> Cambio de Proveedor. <b>AFILIACIÓN</b> Estado Afiliación EPS.	HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/> CÁNULA <input type="checkbox"/> TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/>

<b>PAGOS</b>	<b>CALIDAD DEL SERVICIO</b>								
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)								
<table border="1"> <tr> <th>Cuota Moderadora</th> <th>Daño Equipo</th> <th>Otros Pagos</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$	\$	\$	\$	EXCELENTE BUENO <b>Bueno</b> REGULAR MALO MUY MALO
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$	\$	\$	\$						

**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, 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.

<b>INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO</b>		Firma	Huella
Nombre	Ahida Arias Rodriguez	Ahida Arias R.	
Documento	C.C. 51.260.828 Parentesco: Hija		
Teléfono	3112578395 cel: 3747206		
Dirección Actual	Cra 121 No. 26-34 Sur		



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

Nombre Comodante	OXIPRO S.A.S "OXIPRO"	Fecha	25	3	22
------------------	-----------------------	-------	----	---	----

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

Nombre Comodatario	Mario Rodriguez	Documento Identidad	20221197
Dirección Comodatario	Cra 12i # 26-34 sur	Tel Comod	3112578395
Dirección Ubicación Equipo	Cra 12i # 26-34 sur	Tel Ubicac	3112578395
Descripción Ubicación Equipos	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tio(a) <input type="checkbox"/> Otro		
Ciudad	Bogotá	Departamento	Cundinamarca
Flujo (L/min)	2 Litros	Horas	24 h
EPS	Famisanar	Nivel IBC	

**III. DATOS FIRMANTE "A RUEGO"**

Persona que Firma Contrato	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> "A Ruego" El numeral III debe ser diligenciado únicamente si la firma es "A Ruego"		
Nombre		Documento Identidad	
Dirección		Teléfono	
Ciudad		Departamento	
Parentesco	<input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tio(a) <input type="checkbox"/> Otro		

**IV. REFERENCIAS PERSONALES**

1	Nombre	Aida Arias R	Dirección	Cra 12i # 26-34 Sur
	Teléfono	3112578395	Parentesco	Hija
	Empresa		Dir. Empresa	
2	Nombre	German Ortíz P.	Dirección	Cra 12i # 26-34 Sur
	Teléfono	3118519303	Parentesco	Yerno
	Empresa		Dir. Empresa	

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

EQUIPO	CODIGO	VL CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	4 F B S E 2019 0700 76	4 (SMLV)	1	6 M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Marca					
	Modelo					
Cilindro de Respaldo	1 F B 18 01 B	1 (SMLV)	1	6 M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador de Cilindro	RR-23307 B	0,15 (SMLV)	1	6 M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Cilindro Portátil	0,35 (SMLV)		6 M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador C Portátil		0,18 (SMLV)		6 M	<input checked="" type="checkbox"/>	

  

COMPONENTE	VL CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Panel	0,71 (SMLV)	1	6 M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Filtros	0,01 (SMLV)	1	6 M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	6 M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	6 M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cable	0,01 (SMLV)	1	6 M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ruedas	0,04 (SMLV)	1	6 M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cabina	-	1	6 M	<input checked="" type="checkbox"/>	

  

INSUMO	Humidificador	Cánula	Carrito	Trampa de Agua
--------	---------------	--------	---------	----------------

**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 [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, Historia Clínica, 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.

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

Firma del Comodante (Representante): Andrés Chab  
 Nombre Comodante (Representante): Andrés Chab  
 Documento Identidad (Representante): 10744116810

**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 del Comodatario: Ayda Arias R.  
 Nombre de el Comodatario: Ayda Arias R.  
 Documento Identidad del Comodatario: CC 51.260.828



**DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO**

Ciudad	Bogotá	Fecha	25 3 22	Hora	
Nombre del Paciente	Mario Rodriguez	Documento Identidad	20221197		
Nombre Responsable Paciente	Aida Arias R	Documento Identidad	51760828		
Nombre Funcionario	Andrés Chala	Documento Identidad	SPN 142		

**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 PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

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

sede	Dirección	Horario de atención	
		Lunes a Viernes	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 6:00 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, comunicandose a nuestra Línea de Atención 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 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 recargos 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 Aida Arias Rodriguez con cédula de ciudadanía N° 51760828 que soy atendido por OXIPRO S.A.S, con la autorización de la EPS Famisanor o en mi calidad de acudiente Yo Famisanor con cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_

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.

**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 [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 ordenes 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:
	<u>Aida Arias R.</u>	<u>Andrés Chala</u>