

Nº OX-OV 020321

**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	María Mahecha.	Documento	21086873.	Dirección	Av Cl. 80 70A 09.	Fecha	18/08/22
Entidad	Nueva EPS	Teléfono	8129868.	Consumo	2/24 horas	Autorización	
Solicitante	Nubia Diaz	Parentesco	Enfermera	Teléfono	3125737184		

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden	130459320	Tipo de Servicio	Entrega Inicial.	Observación	
------------	-----------	------------------	------------------	-------------	--

**REVISIÓN TÉCNICA**

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

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

Códigos Equipos Entregados										Códigos Equipos Recogidos																					
CONCENTRADOR	7	F	S	S	E	2	0	1	9	0	7	0	0	9	4	CONCENTRADOR															
C. RESPALDO	A	9	2	8	3	1	4	6								C. RESPALDO															
REGULADOR 540	R	R	-	2	0	4	4	2	B							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/traidor	\$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 entregan los Equipos. Provistos y Revisados en Perfectas Condiciones. Con Cánula y humidificador nuevos en perfectas condiciones.  
 Hora Servicio: 9:58

Funcionario Entrega: Andrés Gomez Documento: Spn 142.

**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 MÉDICA** Por Orden Médica.  
**CAMBIO** Cambio de Proveedor.  
**AFILIACIÓN** 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  
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 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 ha sido suministrado de forma voluntaria y es verídica.

**INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO**

Nombre Nubia E Diaz  
 Documento 51787599 Parentesco: Enfermera.  
 Teléfono 3125737184  
 Dirección Actual \_\_\_\_\_

Firma  
Nubia E Diaz  
51787599

Huella

**DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO**

Ciudad	<u>Bogotá</u>	Fecha	<u>28 03 2017</u>	Hora	<u>9:58</u>
Nombre del Paciente	<u>Maria Mahecha</u>			Documento Identidad	<u>21086873</u>
Nombre Responsable Paciente	<u>Nubia Diaz</u>			Documento Identidad	<u>51787599</u>
Nombre Funcionario	<u>Andres Gomez</u>			Documento Identidad	<u>SPN 142</u>

**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:

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:

**LINEAS 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 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 Nubia Diaz con cédula de ciudadanía N° 51 787 599 que soy atendido por OXIPRO S.A.S, con la autorización de la EPS Nueva EPS o en mi calidad de acudiente Yo                      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 OXIPROS.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 [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.

**FIRMAS DE LA DECLARACION**

Firma Paciente:	Firma Responsable del Paciente: <u>Nubia E Diaz</u>	Firma Funcionario: <u>                    </u>
-----------------	--	---

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

Nombre Comodante	OXIPRO S.A.S "OXIPRO"	Fecha	28	03	2022
------------------	-----------------------	-------	----	----	------

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

Nombre Comodatario	Horia Mahecho.		Documento Identidad	21086873.	
Dirección Comodatario	Av Cl 80 70A 09.		Tel Comod	8129868	
Dirección Ubicación Equipo	Av Cl 80 70A 09.		Tel Ubicac		
Descripción Ubicación Equipos	<input checked="" 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"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Otro				
Ciudad	Bogotá		Departamento	Cundinamarca.	
Flujo (L/min)	2	Horas	24.	EPS	Nueva EPS
				Nivel IBC	

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

Persona que Firma Contrato	<input type="checkbox"/> Paciente <input checked="" type="checkbox"/> "A Ruego" El numeral III debe ser diligenciado únicamente si la firma es "A Ruego"				
Nombre	Nubia Diaz		Documento Identidad	51787599.	
Dirección	Av Cl 80 70A 09.		Teléfono	3125737184.	
Ciudad	Bogotá		Departamento	Cundinamarca.	
Parentesco	<input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input checked="" type="checkbox"/> Otro Enfermera.				

**IV. REFERENCIAS PERSONALES**

1	Nombre	Delqui Mahecho		Dirección	Av Cl 80 70A 09.	
	Teléfono		Celular	3233291311	Parentesco	sobrino.
	Empresa		Dir. Empresa		Tel. Empresa	
2	Nombre			Dirección		
	Teléfono		Celular		Parentesco	
	Empresa		Dir. Empresa		Tel. Empresa	

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

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES	
Concentrador	7 F S S E 2019070094	4 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Marca						
	Modelo						
Cilindro de Respaldo	A 9 2 8 3 1 4 6	1 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>		
Regulador de Cilindro	R R - 2 0 4 4 2 B	0,15 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>		
Cilindro Portátil		0,35 (SMLV)		B M	<input checked="" type="checkbox"/>		
Regulador C Portátil		0,18 (SMLV)		B M	<input checked="" type="checkbox"/>		
INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR		COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
		Panel	0,71 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Filtros	0,01 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Cable	0,01 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Ruedas	0,04 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Cablina		1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 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, 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.

**EL COMODANTE – OXIPRO S.A.S**

Firma del Comodante (Representante)	<i>[Firma]</i>
Nombre Comodante (Representante)	Ambel Gomez
Documento Identidad (Representante)	1031153640

**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	<input type="checkbox"/> Paciente	<input checked="" type="checkbox"/> "A Ruego"
Firma del Comodatario	<i>Nubia Diaz</i>	
Nombre de el Comodatario	51787599	
Documento Identidad del Comodatario	3125737184	