

Nº
OX-OV 00095

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

Código: 004 481 014-0
Fecha: Agosto 04 de 2011
Página 1 de 1

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: Julio Humberto Bancel Documento: 3268025 Dirección: Calle 24 N° 11A-37
Entidad: Famisanar Teléfono: 311239105 Consumo: 2/24
Solicitante: Julio Humberto Bancel Parentesco: Paciente Teléfono: 311239105

ORDEN DE SERVICIO

Observación

Nro. Orden

Tipo de Servicio

Entrega inicial

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2 | Flujo | Concentración | Filtro de aire ambar naranja | Hora Contrador | Código

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR	N	4	3	CONCENTRADOR			
C. RESPALDO	R	2	3	C. RESPALDO			
REGULADOR 540	A	0	0	REGULADOR 540			
C. PORTATIL	P	0	0	C. PORTATIL			
REGULADOR 870	0	0	0	REGULADOR 870			
CARRITO P	0	0	0	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		Aspirador	\$20 000	
Filtro Externo Lateral	\$5 000		Manija	\$50 000		Cable de Poder	\$20 000		Camito 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 revisados y probados en perfectas condiciones Hora Servicio: 09:30

Funcionario Entrega: Javier Cortés Documento: JKU 625

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 VOLUNTARIA** Fallecimiento del Paciente. 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
 CÁNULA
 TRAMPA DE AGUA

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$4100	\$	\$	\$4100

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE
 BUENO
 REGULAR
 MALO
 MUY MALO

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 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: Carlos Felipe Bancel
Documento: 113313EE Parentesco: Humano
Teléfono: 3112397714
Dirección Actual: Calle 24 # 11A-37 Zipa

Firma: [Firma] Huella: _____

Nº	CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES	Fecha	2023-08-02
OX-CC 018731	LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520 LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353	Page	1 de 1

I. COMODANTE - OXIPRO S.A.S (Representado por)			
Nombre Comodante	OXIPRO S.A.S "OXIPRO"	Fecha	2 8 2023

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)			
Nombre Comodatario	Julio Humberto Bernal	Documento Identidad	3268025
Dirección Comodatario	Calle 24 # 11A-37	Tel Comod	311 2139105
Dirección Ubicación Equipo	Calle 24 # 11A-37	Tel Ubicac	311 2139105
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	Bogota	Departamento	C/ Boyaca
Flujo (L/min)	2	Horas	24
EPS	Famisanar	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	Carlos Felipe Bernal	Documento Identidad	11331388
Dirección	Calle 24 # 11A-37	Teléfono	311 2387714
Ciudad	Zipaquirá	Departamento	C/ Boyaca
Parentesco	<input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Otro		

IV. REFERENCIAS PERSONALES				
1	Nombre	Luis Fernando Bernal	Dirección	Calle 24 # 11A-37
	Teléfono		Celular	3223006434
	Empresa		Dir. Empresa	
			Parentesco	Hermano
2	Nombre	Carlos Felipe Bernal	Dirección	
	Teléfono		Celular	311 238 77 14
	Empresa		Dir. Empresa	
			Parentesco	Hermano

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)															
EQUIPO	CODIGO					VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES					
Concentrador	NN-9A3					4 (SMLV)	✓	✓	M	●	CP 5581				
	Marca														
Cilindro de Respaldo	1	9	4	3	A	7	0	6	2	1 (SMLV)	✓	B	M	●	
Regulador de Cilindro	RR-	2	0	1	3	8	0			0.15 (SMLV)	1	✓	M	●	
Cilindro Portátil	AS	1	5	2	0	1	4	8		0.35 (SMLV)	1	✓	M	●	
Regulador G Portátil	R	2	0	2	0	9	0	8	4	0.18 (SMLV)	1	✓	M	●	
INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR	COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES									
	Panel	0,71 (SMLV)	1	✓	●										
	Filtros	0,01 (SMLV)	3	✓	●										
	Flujometro	0,35 (SMLV)	1	✓	●										
	Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	✓	●										
	Cable	0,01 (SMLV)	1	✓	●										
	Ruedas	0,04 (SMLV)	4	✓	●										
Cabina	-	1	✓	●											
INSUMO	Humidificador	✓	Cánula	✓	Carrito	✓	Trampa de Agua								

AUTORIZACION HAREAS DATA: En cumplimiento del Regimen 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@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 medicamentosa, Encuestas de Opinión, atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento y escrutamiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares, Servicios de asesoramiento 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.

EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S	EL COMODATARIO - PACIENTE y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FISICA DE EL COMODATARIO (Paciente) Y A FAVOR DE ESTE
Firma del Comodante (Representante): <i>Jairo Cortes</i>	Fecha con una (1) o más firmas que brinde el consentimiento: <input type="checkbox"/> Paciente <input checked="" type="checkbox"/> "A Ruego"
Nombre Comodante (Representante): <i>JUCCS</i>	Firma de el Comodatario: <i>Carlos Felipe Bernal</i>
Documento Identidad (Representante): <i>JKU 665</i>	Nombre de el Comodatario: <i>311 11331388</i>
	Documento Identidad del Comodatario: <i>11331388</i>

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	<u>Zipaquira</u>	Fecha	<u>28 2023</u>	Hora	
Nombre del Paciente	<u>Jolio Humberto Bana</u>			Documento Identidad	<u>3268025</u>
Nombre Responsable Paciente	<u>Carlos Felipe Bana</u>			Documento Identidad	<u>11331388</u>
Nombre Funcionario	<u>Javier Cortes</u>			Documento Identidad	<u>79609351</u>

CAPACITACIÓN

OXIPRO S.A.S, ha sido el proveedor encargado por su EPS para brindarle el servicio de Oxígeno Medicinal formulado por su Medico. 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		Horario de atención	
sede	Dirección	Lunes a Viernes	Sábado
Dosquebradas	Carrera 2A No. 7-35 Zona Industrial La Bodega 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 Tamanao	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 _____ con cédula de ciudadanía N° _____
que soy atendido por OXIPRO S.A.S, con la autorización de la EPS
Famisana o en mi calidad de acudiente Yo Carlos Felipe Bana
con cédula de ciudadanía N° 11331388

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 de 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 proteccion@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 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 correo. 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.

FIRMAS DE LA DECLARACION

Firma Paciente:	Firma Responsable del Paciente:	Firma Funcionario:
	<u>Carlos Felipe Bana</u>	<u>Javier Cortes</u>

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

Orden: GOC-REC-AM-10
 Fecha: Agosto 24 de 2017
 Página 2 de 2

SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO			
sede	Dirección	Horario de atención	
		Lunes a Viernes	Sábado
Dosquebradas	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
Manizales	Carrera 21 No 23-21 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 m
Bogotá	Carrera 12 No. 71-32 Oficina 702	8:00 am a 1:30 pm y 2:00 pm a 6:00 pm	8:00 am a 1:30 pm

LINEAS DE ATENCIÓN AL USUARIO					
Seccional	Telefono	Horario de atención			Emergencias 24 horas
		Lunes a Viernes	Sábado		
Bogotá	4320520	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm		4320520
Eje Cafetero	3302770-3401511	8:00 am a 6:00 pm	8:00 am a 12:00 m		314 7912353

Cancelación Cuota Moderadora

- Recuerde que usted podrá tener acceso a nuestros servicios realizando el pago mensual de la cuota moderadora.
- Recuerde tener a mano su soporte de pago de cuota moderadora, en el momento de recibir algún tipo de servicio por parte de nuestra compañía de lo contrario solicite el respectivo recibo de pago al momento de requerir el servicio en el Call Center.
- Reclame siempre su recibo como soporte de cualquier pago o servicio realizado a su nombre.

Opciones de Pago

- Consignación Banco de Bogotá, Cuenta de Corriente: 201163275 – Con el número de documento del paciente como referencia en la consignación
- Pago en Sede de atención al usuario

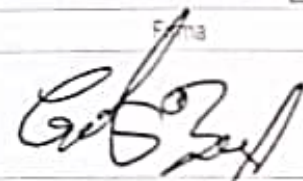
Concentrador, Cilindro de Respaldo y Recarga

- El concentrador es la fuente principal de suministro de oxígeno por lo cual es de vital importancia para el bienestar del paciente el buen funcionamiento de este equipo. El paciente debe cuidar los equipos teniendo en cuenta esta consideración. Es importante mantener el humidificador (vaso de agua) en el nivel indicado y realizarle limpiezas periódicas. Además se recomienda utilizar agua cristal manteniendo el humidificador en unas condiciones de limpieza e higiene ideal.
- El Cilindro de Respaldo debe ser usado ÚNICAMENTE, para casos de emergencia, recuerde no gastarlo innecesariamente, de él puede depender su vida.
- El Cilindro de Respaldo debe ser usado en caso que exista suspensión del suministro del fluido eléctrico o en casos en que el concentrador de oxígeno presente alguna falla en cuyo caso debe llamarse de inmediato a nuestra línea de Atención al usuario para informar el daño.

Prestación del Servicio

- Si tiene alguna duda, inquietud, sugerencia o reclamo acerca de nuestro servicio, por favor comunicarse a la Línea de Atención al usuario y/o escribir al correo electrónico: atencionalcliente@oxigenoensucasa.com
- Los funcionarios de **Oxipro S.A.S**, deben presentarse debidamente identificados, con carné y uniforme, al momento de realizar una visita; si tiene dudas o sospechas sobre el personal que atiende su servicio, por favor comunicarse inmediatamente a la Línea de Atención al usuario

AVISO: Siempre ajustar los equipos al consumo recetado por su médico.
 No hacerlo puede representar riesgos para su salud.

<input type="checkbox"/> SI		PACIENTE O ACUDIENTE PRESENTA ORDEN MEDICA	<input checked="" type="checkbox"/> NO
L/m	No. Orden Medica	Yo declaro (Paciente o Acudiente): • Conocer el consumo recetado por el medico • Saber regular los equipos de Oxígeno al consumo recetado • Que ajustaré los equipos al consumo recetado en la Orden Medica.	Firma 
Horas	Fecha OM		