



**ORDEN DE VISITA**

LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ (601) 4320520-7563771  
 LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: (606) 3402658

Fecha: 17/11/2018  
 Hora: 10:00  
 Página 1 de 1

**SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO**

Sede	Dirección	Sede	Dirección
Bogotá	Av Chile Carrera 12 No. 71 - 32	Perseu Centro	Carrera 4 No. 24 - 60 Centro
Soacha	Calle 30 No. 60 - 41 Este	Dosquebradas	Carrera 26 No. 7-35 Manizales 9, Bogotá 4 Estación La Nubla
Facatativá	Carrera 4 No. 1 - 47	Manizales	Carrera 21 No. 23-21 Parque Tecnológico, Interoceano, Zona I
Fusagasugá	Calle 17A No. 10 - 02 Barrio Balmoral	Armenia	Calle 15 Norte No. 12 - 15
Zipaquirá	Calle 8 No. 16 - 07		

**LÍNEAS DE ATENCIÓN AL USUARIO**

Seccional	Teléfono	Horario de atención		Emergencias 24 horas (601) 4320520 (606) 3402658
		Lunes a Viernes	Sábado	
Bogotá	(601) 4320520	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	
Eje Cafetero	(606) 3402658	8:00 am a 6:00 pm	8:00 am a 12:00 m	

**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 la cual 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: 291183275 - Con el número de documento del paciente como referencia en la consignación
- Pago en Sede de atención al usuario

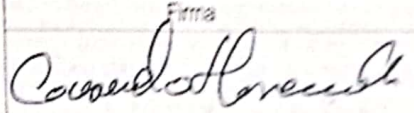
**Concentrador, Cilindro de Respaldo y Recarga**

- 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 lo cual depende 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](mailto: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 sugerencias 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		<b>PACIENTE O ACUDIENTE PRESENTA ORDEN MEDICA</b>		<input 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 Oxigeno al consumo recetado • Que ajustaré los equipos al consumo recetado en la Orden Médica.		Firma 	
Horas	Fecha OM				

**DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO**

Ciudad	Fecha	15 01 2024	Hora	
Nombre del Paciente	Leopoldo Moreno	Documento Identidad	448 630	
Nombre Responsable Paciente	Consuelo Moreno	Documento Identidad	52 026 712	
Nombre Funcionario	Andrés Gómez	Documento Identidad	104 874	

**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	Sábado
Dosquebradas	Carrera 2A No. 7-35 Zona Industrial La Badaa 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 Tumanaco	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 (humidificador, 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 Encasalec con cédula de ciudadanía N° 52 026 712 que soy atendido por OXIPRO S.A.S, con la autorización de la EPS Consuelo Moreno o en mi calidad de acudiente Yo Consuelo Moreno con cédula de ciudadanía N° 52 026 712

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@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 la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

**FIRMAS DE LA DECLARACION**

Firma Paciente:	Firma Responsable del Paciente: <u>Consuelo Moreno Ce.</u>	Firma Funcionario:
-----------------	---	--------------------

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

Nombre Comodante: OXIPRO S.A.S "OXIPRO" Fecha: 15 01 2024

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

Nombre Comodatario: Leopoldo Moreno Gomez Documento Identidad: 448630  
Dirección Comodatario: Calle 71 N 63 D. 55 Tel Comod: 319 519 65 22  
Dirección Ubicación Equipo: Calle 71 N 63 D. 55 Tel Ubicac: 319 519 65 22  
Descripción Ubicación Equipos:  Paciente  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tío(a)  Otro  
Ciudad: Bogotá Departamento: C/ Boyacá  
Flujo (L/min): 2 Horas: 24 EPS: Enco Salud 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: Consuelo Moreno Documento Identidad: 52026712  
Dirección: Calle 71 N 63 D. 55 Teléfono: 319 519 65 22  
Ciudad: Bogotá Departamento: C/ Boyacá  
Parentesco:  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tío(a)  Otro

**IV. REFERENCIAS PERSONALES**

1 Nombre: Lilra Moreno Dirección: Calle 71 N 63 D. 55  
Teléfono:  Celular: 316 558 15 39 Parentesco: Hijo  
Empresa:  Dir. Empresa:  Tel. Empresa:   
2 Nombre: David Moreno Santos Dirección: Calle 71 N 63 D. 55  
Teléfono:  Celular: 1313 393 39 33 Parentesco: Nieto  
Empresa:  Dir. Empresa:  Tel. Empresa:

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

EQUIPO	CODIGO	VL CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES		
Concentrador	<u>20200E00001164</u>	4 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>CP AL3</u>		
Cilindro de Respaldo	<u>D717152</u>	1 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>			
Regulador de Cilindro	<u>R2-24A02</u>	0.15 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>			
Cilindro Portátil	<u>Bx667493</u>	0.35 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>			
Regulador C Portátil	<u>190600956</u>	0.18 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> 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"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Filtros	0,01 (SMLV)	3	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Cable	0,01 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>			
Ruedas	0,04 (SMLV)	4	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>				
Cabina	-	-	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>			
INSUMO	Humidificador	1	Cánula	1	Carrito	1	Trampa de Agua	1

**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 amentamiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones, Gestión de inventarios, Control 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 Leonardo Gomez  
Nombre Comodante (Representante): Andrés Leonardo Gomez  
Documento Identidad (Representante): 1031453640

**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: Consuelo Moreno  
Nombre de el Comodatario: Consuelo Moreno  
Documento Identidad del Comodatario: 52026712