

**OxPro**  
ONGICONS MEDICINALES  
NIT. 900.481.014-0

**N°**  
OX-OV **00071**

**ORDEN DE VISITA**  
LINEA DE ATENCION AL USUARIO BOGOTA 4320520  
LINEA DE ATENCION AL USUARIO EJE CAFFERRO 320779-340151-37492353

**INFORMACION DE PROGRAMACION**

Paciente: **Jaime Nieto** Direccion: **Cva. 69c # 70B-2B** Fecha: **15/04/24**  
 Entidad: **Team Smer** Telefono: **370 2864804** Consumo: **21 / 24 H** Fecha de ingreso: **15/04/24**  
 Solicitante: **Rolando Bayejos** Pabellon: **4er no** Telefono: **370 286 48 04**

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden: **330 60 99 85** Tipo de Servicio: **Entrega inicial Concentrador con respaldo**  
**330 60 99 86** Entrega inicial Concentrador por total permanente

Presión O<sub>2</sub>  Flujo  Concentración  Filtro de aire  Cambio  Limpieza  Hora Contrator  Código

**Equipos: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

CONCENTRADOR	C. RESPALDO	C. PORTATIL	REGULADOR 540	REGULADOR 870	CARRITO
Códigos Equipos Entregados					
A 352049 0703 98					
R 1 2 0 8 6					
K 1 2 0 1 0 3 2 B					
G 1 1 3 0 3 2 0 1					
T 1 3 4					

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**

CONCENTRADOR	C. RESPALDO	C. PORTATIL	REGULADOR 540	REGULADOR 870	CARRITO
Daño/Perdida	Daño/Perdida	Daño/Perdida	Daño/Perdida	Daño/Perdida	Daño/Perdida
Vuinit	Vuinit	Vuinit	Vuinit	Vuinit	Vuinit
Cant	Cant	Cant	Cant	Cant	Cant
Filtro Externo Central	\$5 000	Soporte Filtro Lateral	\$150 000	Carcasa Contrator	\$150 000
Filtro Externo Lateral	\$5 000	Mojaja	\$20 000	Cable de Poder	\$20 000
Base Concentrador	\$40 000	Fijamiento	\$50 000	Adapt a Humificador	\$15 000
Rueda	\$20 000	Switch de Encendido	\$15 000	Panel Frontal	\$80 000
Soporte Filtro Central	\$15 000	Balen de Resnet	\$10 000	Tapa de Filtro Interno	\$20 000

Nro. Reporte  Recibo Manual  Recibo CRM  Valor de Datos \$  Valor Pajado \$

Observaciones: **Se recibe servicio inicial de entrega equipos probados y revisados**

Funcionario Entrega: **Sebastian Cardenas** Documento: **SPN 587** Hora Servicio: **6:00pm**

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

**RECOPIDA DE EQUIPOS**

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

**PAGOS**

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Maternidad	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$ 4.500	\$	\$	\$ 4.500

**CONSUMIBLES RECIBIDOS**

Materiales y consumibles entregados (Escribir el N.º, Cantidad y Descripción):

HUMIDIFICADOR	✓	412086
CANULA	✓	413372
TRAMPA DE AGUA		

**CALIDAD DEL SERVICIO**

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escriba la Calificación): **Excelente**

**INFORMACION DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO**

Nombre: **ROA DO JAVIER BAZZANAS BAIZ** Firma:

Documento: **112900398** parentesco: **HERNO**

Telefono: **320 2864804** CI: **90**

Direccion Actual: **CARRERA 69C # 70B-2B**

N°  
**OX-CC 018227**

**CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES**  
 LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTA 4320520  
 LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO. 3302770-3401511-3147912353

Código: OX-001-FR-01  
 Fecha: Agosto 04 de 2017  
 Versión: 2  
 Página 1 de 2

**I. COMODANTE - OXIPRO S.A.S (Representado por)**  
 Nombre Comodatario: **OXIPRO S.A.S. (OXIPRO)** Fecha: **15** / **02** / **2024**

**II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)**  
 Nombre Comodatario: **Jaime Mateus** Documento Identidad: **390 904 03**  
 Dirección Comodatario: **Carretera 69c # 70B-28** Tel Comod: **320 286 4804**  
 Dirección Ubicación Equipo: **Carretera 69c # 70B-28** Tel Ubicac: **320 286 4804**  
 Descripción Ubicación Equipos:  Paciente  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tío(a)  Otro  
 Ciudad: **Bogotá** Departamento: **Cundinamarca**  
 Flujo (L/min): **2 Litros** Horas: **24** EPS: **Famisanar** Nivel IBC: **1**

**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: **Rolando Barajas** Documento Identidad: **↓ 127 664 378**  
 Dirección: **Carretera 69c # 70B-28** Teléfono: **320 286 4804**  
 Ciudad: **Bogotá** Departamento: **Cundinamarca**  
 Parentesco:  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tío(a)  Otro **Yerno**

**IV. REFERENCIAS PERSONALES**

1	Nombre	<b>Jennifer Mateus</b>	Dirección	<b>Cra 69c # 70B-28</b>
	Teléfono	<b>397 24 99</b>	Celular	<b>301 680 7988</b>
	Empresa		Dir. Empresa	
			Tel. Empresa	
2	Nombre	<b>Maria Concepcion Makwer</b>	Dirección	<b>Cra 69c # 70B-28</b>
	Teléfono	<b>397 24 99</b>	Celular	<b>300 338 50 62</b>
	Empresa		Dir. Empresa	
			Tel. Empresa	

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

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	<b>7F66E20A0703198</b>	4 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	CP 3489
	Marca					
	Modelo					
Cilindro de Respaldo	<b>0771086</b>	1 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador de Cilindro	<b>RR-24452B</b>	0,15 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cilindro Portátil	<b>711701037</b>	0,35 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador C Portátil	<b>9T150302201</b>	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"/>		

<b>INSUMO</b>	Humidificador	<input checked="" type="checkbox"/>	Cánula	<input checked="" type="checkbox"/>	Carrito	<b>5</b>	Trampa de Agua	<input type="checkbox"/>
---------------	---------------	-------------------------------------	--------	-------------------------------------	---------	----------	----------------	--------------------------

**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@oxipro.com](mailto: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, cumplir, 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 PORS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Restablecimiento 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 mi 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 Comodatario (Representante): **Sebastian Cardenas**  
 Nombre Comodatario (Representante): **Sebastian Cardenas**  
 Documento Identidad (Representante): **1070 922803**

**EL COMODATARIO - PACIENTE y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACITACION 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 de el Comodatario: **[Firma]**  
 Nombre de el Comodatario: **ROLANDO JAVIER BARAJAS**  
 Documento Identidad del Comodatario: **127064378**

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO					
Ciudad	Bogotá	Fecha	15 04 2024	Hora	6:20 am
Nombre del Paciente	Jaime Mateus			Documento Identidad	19090403
Nombre Responsable Paciente	Rolando Barajas			Documento Identidad	1227064378
Nombre Funcionario	Sebastian Cardenas			Documento Identidad	109092803

**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		
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 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		

☐ Solicitarla a domicilio con un cargo adicional por envío, comunicandose a nuestra Línea de Atención al Usuario:

LINEAS DE ATENCION AL USUARIO					
Seccional	Teléfono	Lunes a Viernes	Sábado	Emergencias 24 horas	
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 ATENCION AL USUARIO (Continúa Página 2)

**DECLARACION DE CAPACITACION**

Yo Famisanar con cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_ que soy atendido por OXIPRO S.A.S. con la autorización de la EPS Rolando Barajas o en mi calidad de acudiente Yo Rolando Barajas con cédula de ciudadanía N° 1227064378

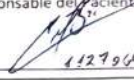
responsable del paciente nombrado anteriormente quien presenta impedimento físico; Declaro que he recibido capacitación sobre el manejo y seguridad de los equipos entregados por OXIPRO S.A.S. y tengo la capacidad de:

- 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 [personas@oxipro.com](mailto:personas@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 autorizada para recibir, copiar, almacenar, usar, consultar, 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 Satisfacción al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento e incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Manejo de información a los Militeiros, 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.

**FIRMAS DE LA DECLARACION**

Firma Paciente:	Firma Responsable del Paciente:	Firma Funcionario:
		Sebastian Cardenas