

Nº
OX-OV **018783**

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

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN			
Paciente	Gildardo Pacheco	Documento	4315575
Entidad	N. EPS	Teléfono	3214820219
Solicitante	Sandra Milena Pacheco	Parentesco	Hija
		Dirección	Vda las Brisas, E
		Consumo	3L/24H
		Teléfono	

ORDEN DE SERVICIO		Observación
Nro. Orden	130353682 130353683	entrega inicial concentr. - Paso entrega portátil permanente
Tipos de Servicio		

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO			
Códigos Equipos Entregados		Códigos Equipos Recogidos	
CONCENTRADOR	NK - 28046	CONCENTRADOR	
C. RESPALDO	D713 083	C. RESPALDO	
REGULADOR 540	AM - 24830B	REGULADOR 540	
C. PORTATIL	90525187	C. PORTATIL	
REGULADOR 870	200400892	REGULADOR 870	
CARRITO P.	CP 2384	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		

REPORTE DE DAÑOS							
Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit
Filtro Externo Central	\$5.000		Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Con/traidor	\$150.000
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$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 Pa
Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño).				
Se entrega concentrador Insuflador cilindro y portátil llenar a 2000 PSI Reguladores CLAR 540 y 870 carrito portátil Todas las piezas en buenas condiciones.				
Funcionario Entrega	J. Andres Aguilar	Documento:	6119281	

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

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

PAGOS		CALIDAD DEL SERVICIO	
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:			
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$ —	\$ —	\$ —	\$ —
CALIFICACIÓN DEL 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 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 compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprimir y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión 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 veraz.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO			
Nombre	Sandra Milena Pacheco	Parentesco	Hija
Documento	24813099		
Teléfono	3113260863	Cel:	3214820219
Dirección Actual	Vda Las Brisas, Finca El Paraíso		
	Quimbaya.	Firma	Sandra Milena Pacheco
			24813099

Nº **OX-CC 018039**

CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES
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

COMODATARIO - (PACIENTE)
Comodante: OXIPRO S.A.S (Representado por) **J. Andres Agudelo P.** Fecha: **03 12 2020**

Comodatario: **Gildardo Pacheco** Documento Identidad: **4373575**
Comodatorio: **Vda Los Brises, Finca El Paraíso** Tel Comod: **3214820219**
Ubicación Equipo: **Vda Los Brises, Finca El Paraíso** Tel Ubicac: **3113260863**
Ubicación Equipos: Paciente Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro
Quimbaya Departamento: **Quindío**
Categoría: **3L** Horas: **24H** EPS: **N. EPS** Nivel IBC: **1**

FIRMANTE "A RUEGO"
Firma Contrato: Paciente "A Ruego" El numeral III debe ser diligenciado únicamente si la firma es "A Ruego"
Sandra Milena Pacheco Documento Identidad: **24813099**
Vda Los Brises, Finca El Paraíso Teléfono: **3214820219**
Quimbaya Departamento: **Quindío**
 Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro

RELACIONES PERSONALES
Nombre: **Olga Patricia Pacheco** Dirección: **Vda Los Brises, Finca El Paraíso**
CC: **024812514** Celular: **3113260863** Parentesco: **Hija**
Cargo: **Ama De Casa** Dir. Empresa: **—** Tel. Empresa: **—**
Nombre: **Olga Beatriz Pacheco** Dirección: **Vda Los Brises, Finca El Paraíso**
CC: **024812168** Celular: **3145066774** Parentesco: **Hija**
Cargo: **Ama De Casa** Dir. Empresa: **—** Tel. Empresa: **—**

INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

TIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	NI-28040	4 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	Se entregan equipos en buenas condiciones.
Respaldo	D713083	1 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
de Cilindro	01-248300	0,15 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Portátil	00525107	0,35 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
RC Portátil	200400892	0,18 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
CP.2354						
COMPONENTE		VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Panel		0,71 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Filtros		0,01 (SMLV)	3	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Flujómetro		0,35 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Interruptor Encendido		0,02 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cable		0,01 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ruedas		0,04 (SMLV)	4	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cabinas		-	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
INSUMO	Humidificador		1		<input type="checkbox"/>	
	Cánula		1		<input type="checkbox"/>	
	Carrito		1		<input type="checkbox"/>	
	Trampa de Agua		1		<input type="checkbox"/>	

DECLARACIÓN DE 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 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 en calidad de RESPONSABLE de los datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S queda autorizada para recolectar, compilar, almacenar, usar, circular, compartir, comunicar, analizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprimir mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto social de la Compañía y en Capacitación, Historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y medicamentos, Encuestas de Opinión, atención al cliente, procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares, Servicios de arrendamiento, 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 los datos personales que he dispuesto para el presente contrato por parte de OXIPRO S.A.S he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

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 de el Comodatario: **Sandra Milena Pacheco**
Nombre de el Comodatario: **Sandra Milena Pacheco**
Documento Identidad del Comodatario: **24813099**

Pro MEDICINALES 0481.014-0	Nº	DECLARACION DE CAPACITACION LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520 LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353	Código: GOL-SED-FR-03
	OX-DC 016687		Fecha: Agosto 04 de 2017
			Versión: 2

PACIENTE Y FUNCIONARIO		Quimbaya	
Nombre del Paciente	Fecha	03 12 2020	Hora
Responsable	Documento Identidad	Gildardo Pacheco	16:20
Funcionario	Documento Identidad	Sandra Milena Pacheco	4.373.575
	Documento Identidad	J. Andres Agudelo P.	24.813.099
			6119281

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.

PRESTACION 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	
Dirección		Lunes a Viernes	Sábado
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
Carrera 21 No 23-21 Edificio Tamanaco		8:00 am a 11:30 pm	9:00 am a 11:30 am
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
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

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

LINEAS DE ATENCIÓN AL USUARIO		Horario de atención		Emergencias 24 horas
Localidad	Teléfono	Lunes a Viernes	Sábado	
Bogotá	6446062	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	6446062
Cafetero	3302770-3401511	8:00 am a 6:00 pm	8:00 am a 12:00 m	314 7912353

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 entregará en el tiempo indicado, generará cobro de multa por cada día adicional que el cilindro portátil se encuentre en poder del Usuario. 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.
 - Las recargas dentro del mismo mes, se realizará el cobro de la misma.
 - Las recargas deben efectuarse directamente en la Sede de Atención al Usuario.
 - Cualquier servicio de soporte técnico, cambio de insumos (humificador, cánula, trampa de agua), recargas de cilindros de respaldo debe comunicarse a la LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO (Continúa Página 2)

DECLARACION DE CAPACITACION

Yo, N. EPS con cédula de ciudadanía N° 24813099 que soy atendido por OXIPRO S.A.S. en la autorización de la EPS, declaro que soy responsable del paciente nombrado anteriormente quien presenta impedimento físico; Declaro que he recibido capacitación sobre el manejo de los equipos entregados por OXIPRO S.A.S. y tengo la capacidad de:

1. Realizar el procedimiento para solicitar el pedido de oxígeno a la Línea de Atención al Usuario.
 2. Identificar en la Orden Médica, el nivel de consumo de Oxígeno Medicinal, formulado por el médico tratante.
 3. Realizar el procedimiento para graduar los equipos al nivel consumo formulado por el médico tratante, visualizado en la Orden Médica.
 4. Conocer y aceptar las normas sobre seguridad y sobre el correcto uso de los cilindros y/o concentradores de oxígeno.
 5. Conocer los riesgos inherentes a la manipulación de Oxígeno Medicinal y equipos relacionados (cilindro, regulador y concentradores).
 6. Conocer 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.
 7. Conocer que aun teniendo la información sobre el manejo y seguridad de los equipos, al presentarse alguna situación inherente a la seguridad de los equipos (concentrador, regulador, manómetro, cilindro), me comunicaré directamente con Oxipro S.A.S, para obtener el apoyo requerido.
 8. Conocer que no permitiré el uso o manipulación de oxígeno, el cilindro, reguladores y concentrador por terceros NO beneficiario (paciente) de los servicios.
 9. Conocer que OXIPRO S.A.S, queda absuelta de cualquier responsabilidad por accidentes y problemas derivados a mi persona, como paciente beneficiario de los servicios y/o a terceros ajenos al proceso cuando se violen o desconozcan los parámetros arriba mencionados, siendo estos complementarios a la orientación que con la entrega periódica del oxígeno y los elementos antes mencionados que efectúan nuestros funcionarios.

DECLARACIÓN 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 al sistema de control, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica protecciondatos@oxiproas.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, 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 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 del Cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Base de datos de información a los titulares de los arrendamientos de equipos, Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones, Control de Inventarios, Gestión documental 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.

DE LA DECLARACION

Paciente:	Firma Responsable del Paciente:	Firma Funcionario:
	Sandra Milena Pacheco 24813099.	