

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente: Ara Padruza Documento: 21055306 Dirección: Carretera 4 N 20-04 Fecha: 16/08/2017  
 Entidad: Familia Teléfono: \_\_\_\_\_ Consumo: \_\_\_\_\_ Mensaje: \_\_\_\_\_  
 Solicitante: Juan Manuel Gomez Parentesco: Conyugue Teléfono: 3107946565

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130 355 871	Entrega inicial	
130 355 872	Entrega portátil permanente	

**REVISIÓN TÉCNICA**

Presión O2: \_\_\_\_\_ Flujo: \_\_\_\_\_ Concentración: \_\_\_\_\_ Filtro de aire:  Cambio  Limpieza

Hora Contrador: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos										
CONCENTRADOR	7	F	5	0	2	0	1	8	0	7	0	0	0	0	7	4
C. RESPALDO	D	7	0	0	1	7	2									
REGULADOR 540	R	2	-	2	1	6	3	7	B							
C. PORTATIL	P	3	2	0	6	1	1									
REGULADOR 870	2	0	0	4	0	5	4	4								
CARRITO P.	C	P	A	2	0	1										

**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		Adaptador Salto Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrilo 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 probados y revisados en perfectas condiciones. Se entrega con kit y humidificador nuevos en buen estado. Visita TPC 1

Hora Servicio: 08:22

Funcionario Entrega: \_\_\_\_\_ Documento: \_\_\_\_\_

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

RECOGIDA DE EQUIPOS	CONSUMIBLES RECIBIDOS
Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir Si o NO)
<b>FALLECIMIENTO</b> Fallecimiento del Paciente. <b>VOLUNTARIA</b> Devolución Voluntaria. <b>ORDEN MÉDICA</b> Por Orden Médica. <b>CAMBIO</b> Cambio de Proveedor. <b>AFILIACIÓN</b> Estado Afiliación EPS.	HUMIDIFICADOR <input checked="" type="checkbox"/> 02/08/20 CANULA <input checked="" type="checkbox"/> 02/08/20 TRAMPA DE AGUA <input checked="" type="checkbox"/>

**PAGOS**

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$13500	\$	\$	\$13500

**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@oxiproas.com](mailto:protecciondedatos@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, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depositar, 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: Juan Manuel Gomez Alacón Parentesco: Esposo  
 Documento: 3222574 Teléfono: 3107946565 Cel: \_\_\_\_\_  
 Dirección Actual: N.H 4 2-9-04 Zipaquirá Cund

Firma: \_\_\_\_\_ Huella: \_\_\_\_\_

**DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO**

Ciudad	Zipaquirá	Fecha	16 12 20	Hora	08:22
Nombre del Paciente	Mra Pedraza			Documento Identidad	21055306
Nombre Responsable Paciente	Juan Manuel Gomez			Documento Identidad	3222570
Nombre Funcionario	Hervin Colmaneras			Documento Identidad	JMU 625

**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 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 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 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 \_\_\_\_\_ con cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_ que soy atendido por OXIPRO S.A.S, con la autorización de la EPS \_\_\_\_\_ o en mi calidad de acudiente Yo Juan Manuel Gomez con cédula de ciudadanía N° 3 222 570

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.

**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 [petencio@datos@oxipro.com](mailto:petencio@datos@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 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 y cumplimiento 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 se he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

**FIRMAS DE LA DECLARACION**

Firma Paciente: \_\_\_\_\_ Firma Responsable del Paciente: \_\_\_\_\_ Firma Funcionario: \_\_\_\_\_

**A. DATOS COMODATARIO (PACIENTE)**

Nombre Comodatario: **Ana Pedrosa** Documento Identidad: **2105306**  
 Dirección Comodatario: **Calle 4 N 2004** Tel Comod: **310 7946565**  
 Dirección Ubicación Equipo: **Calle 4 N 2004** Tel Ubicac: **310 7946565**  
 Descripción Ubicación Equipos:  Paciente  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tio(a)  Otro  
 Ciudad: **Zipaquira** Departamento: **C/marco**  
 Flujo (L/min): **2** Horas: **24** EPS: **Famisona** Nivel IBC: **C/marco**

**B. 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: **Juan Manuel Gomez Plata** Documento Identidad: **3 222 570**  
 Dirección: **Calle 4 N 20-04** Teléfono: **310 794 6565**  
 Ciudad: **Zipaquira** Departamento: **C/marco**  
 Parentesco:  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tio(a)  Otro **@anyques**

**C. REFERENCIAS PERSONALES**

1 Nombre: **Etna Rocio Gomez** Dirección: **Calle 7 N 17-53**  
 Teléfono: **311 578 7556** Celular: **311 578 7556** Parentesco: **hija**  
 Empresa: **Dir. Empresa** Tel. Empresa:  
 2 Nombre: **Edgar Balb Gomez** Dirección: **Calle 7 N 17-53**  
 Teléfono: **311 2536427** Celular: **311 2536427** Parentesco: **Yerno**  
 Empresa: **Dir. Empresa** Tel. Empresa:

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

EQUIPO	CODIGO	VL CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	<b>7A50201807000079</b>	4 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	CP4201
Cilindro de Respaldo	<b>D700172</b>	1 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador de Cilindro	<b>R221637</b>	0,15 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cilindro Portátil	<b>73206111</b>	0,35 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador C Portátil	<b>200400544</b>	0,18 (SMLV)	1	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	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Filtros	0,01 (SMLV)	3	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Cable	0,01 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Ruedas	0,04 (SMLV)	4	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Cabina	-	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	

  

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

**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) con 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, Historia clínica, 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 clientes, 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 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 COMODATARIO (PACIENTE) FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FÍSICA DE EL COMODATARIO (PACIENTE) YA FAVOR DE ESTE**

Firma del Comodatario (Representante): **Marvin Colmenares**  
 Nombre Comodatario (Representante): **Marvin Colmenares**  
 Documento Identidad (Representante): **P. JKU 625**

Firma de el Comodatario: **Juan Manuel Gomez Plata**  
 Nombre de el Comodatario: **Juan Manuel Gomez Plata**  
 Documento Identidad del Comodatario: **3222570**