

RO. Eje - Domi - Quind



N° OX-OV 018784

ORDEN DE VISITA LINEA DE ATENCION AL USUARIO BOGOTA 4320520 LINEA DE ATENCION AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353

Código: OX-SE0-F0-02 Fecha: Agosto 04 de 2017 Versión: 2 Página 1 de 2

INFORMACION DE PROGRAMACION

Documento: 24588485 Dirección: Cra 27A con Cl 30A La Indígena, 1712 Teléfono: 3184671821 Corintumo: 2L 184. Autor: Nieto

Paciente: María Gomez N. EPS Martha Liliana Toro

ORDEN DE SERVICIO

Observación

Tipo de Servicio: Entrega Inicial Concent - Cap Ansp. smitego portatil permanente

REVISIÓN TÉCNICA

Filtro de aire Cambio Limpieza Hora Conv/ador Código

EQUIPOS, MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados: NIV-20276 H.15986 CC498892 2004038856 9052599196 XY11024196 CF2365

Table with columns: EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO, CARRITO, REGULADOR 870, REGULADOR 540, C. PORTATIL, C. RESPALDO, CONCENTRADOR.

REPORTE DE DAÑOS

Table with columns: Daño/Perdida, V/Unid, Cant, Daño/Perdida, V/Unid, Cant, Daño/Perdida, V/Unid, Cant. Includes items like Carcasa Conv/ador, Cable de Poder, Adapt a Humidificador, Panel Frontal, Tapa de Filtro Interno, etc.

Se entregaron Equipos: Concentrador Insumos Cilindro y portatil llenos a 2000 PSI Reguladores CGA-540 CGA-870 y carrito portatil. Todos los equipos en buenas condiciones revisados por el Accidente

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Yo declaro haber devolución de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo: FALLECIMIENTO FALLECIMIENTO del Paciente. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. ORDEN MEDICA Por Orden Medica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACION Estado Afiliación EPS.

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO): HUMIDIFICADOR SI 090919 CAÑULA SI 020320 TRAMPA DE AGUA

PAGOS

CALIDAD DEL SERVICIO

Table with columns: HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: Cuota Moderadora, Daño Equipo, Otros Pagos, Total.

CALIFICO EL 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 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@oxipros.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, sustraer y disponer mis datos personales así 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 ferretería 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 Titular, 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 logística. 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.

INFORMACION DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: Martha Liliana Toro, Documento: 24590058, Parentesco: Nieta, Teléfono: 3184671821, Dirección Actual: Cra 27A con Cl 30A B1 Valencia o La Indígena, casa de ladrillo a la vista, colorca. Huella: [Fingerprint]

Recibiste dice no saber firmar

Nº
OX-CC 018040

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
Fecha: Agosto
Versión:
Página 1 de 2

OXIPRO S.A.S (Representado por) Andres Agudelo P. Fecha 17 12 20

PACIENTE
Nombre: Maria Gomez Documento Identidad: 24.578485
Dirección: cra 27A con cll 30A B / La Indígena o Valencia del Comod: 3184671821
Ubicac: 3184671821
Paciente Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tio(a) Otro Nieta
Calarca Departamento: (caldas) @indio
22 Horas: 18H EPS: N.E.P.S. Nivel IBC: 1

"A RUEGO"
Paciente A Ruego El numeral III debe ser diligenciado únicamente si la firma es "A Ruego"
Nombre: Martha Liliana Toro Documento Identidad: _____
Dirección: cra 27A con cll 30A B / La Indígena o Valencia Teléfono: _____
Calarca Departamento: _____
Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tio(a) Otro Nieta

PERSONALES
Nombre: Martha Cecilia Chavez Dirección: cra 27A # 1300 B / Valencia, Calarca
Celular: 3107051857 Parentesco: Vecina
De casa Dir. Empresa _____ Tel. Empresa _____
Dirección: _____
Celular: _____ Parentesco: _____
Dir. Empresa _____ Tel. Empresa _____

EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
<u>MN-210276</u>					
Marca: <u>H: 15986</u>	4 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	<u>Se entregan Equipos en buenos condiciones.</u>
Modelo: _____					
Caldo: <u>CC498892</u>	1 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	
Alindro: <u>200403856</u>	0,15 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	
Atil: <u>90525091</u>	0,35 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	
Portátil: <u>2411084196</u>	0,18 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	
<u>CP 2365</u>					
COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Panel	0,71 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	
Filtros	0,01 (SMLV)	3	<input checked="" type="checkbox"/>	M	
Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	
Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	
Cable	0,01 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	
Ruedas	0,04 (SMLV)	4	<input checked="" type="checkbox"/>	M	
Cabina	-	1	<input checked="" type="checkbox"/>	M	
INSUMO					
Humidificador		Cánula		Carrito	Trampa de Agua

HEBEAS 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, autorizo, cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprimir y disponer mis datos personales según suministrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto social de la Compañía y en cumplimiento de las obligaciones de confidencialidad, seguridad, integridad, 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 suministrada por parte de OXIPRO S.A.S a la fecha de este contrato 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 firma el presente contrato:
Firma de el Comodatario: Andres Agudelo P. Paciente "A Ruego"
Nombre de el Comodatario: _____
Documento Identidad del Comodatario: 619280

Eje Dami - Quind

Pro
MEDICINALES
481.014-0

Nº
OX-DC 016688

DECLARACION DE CAPACITACION
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353

Código: GOL-SED-FRA
Fecha: Agosto 04 de 2020
Versión:
Página 1 de 2

PACIENTE Y FUNCIONARIO		Fecha	Hora
Paciente	Colarca	17 12 2020	16:15
Responsable	Maria Gomez		
Funcionario	Mertha Liliana Toro Andres Apudelo P.		

OXIPROS 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.

LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO
La carga 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	Sábado
debradas	Carrera 2A No. 7-35 Zona Industrial La Bodega Manzana 4 Bodega 4	Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 m y 2:00 Pm a 6:00 pm	8:00 am a 1:00 pm
ales	Carrera 21 No 23-21 Edificio Tamaraco	8:00 am a 3:30 pm	9:00 am a 11:30 am
nia	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
ta	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 ATENCIÓN AL USUARIO			
Seccional	Teléfono	Horario de atención	Emergencias 24 horas
Bogotá	6448062	Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm	6448062
Eje Cafetero	3302770-3401511	8:00 am a 6:00 pm	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.

Al momento de solicitar el servicio de cilindro portátil a domicilio, 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, N. EPS. que soy atendido por OXIPROS S.A.S. con cédula de ciudadanía N° 24 590 058 en mi calidad de acudiente Yo Mertha Liliana Toro con cédula de ciudadanía N° 24 590 058 con autorización de la EPS

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.
- Realizar el procedimiento para graduar los equipos al nivel de consumo de Oxígeno Medicinal, formulado por el médico tratante.
- Identificar en la Orden Médica, el nivel de consumo de Oxígeno Medicinal formulado por el médico tratante, visualizado en la Orden Médica.
- Realizar el procedimiento para graduar los equipos al nivel de consumo de Oxígeno Medicinal, formulado por el médico tratante.
- 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 de 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 protecciondatos@oxipros.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, donar, 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 e incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares de 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: Andres dice no saber firmar ni escribir.

Firma Funcionario: [Firma]