

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente: *María Pedraza* Documento: *411321127* Dirección: *CL 5 N° 5-08* Fecha: *31/10/20*  
Entidad: *Servicio Social* Teléfono: \_\_\_\_\_ Consumo: *2/24* Hora: \_\_\_\_\_  
Solicitante: *Olga Ibáñez* Parentesco: *Sobrina* Teléfono: *3105853967*

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden: *130348069* Tipo de Servicio: *Entrega de Equipos inicial* Observación: \_\_\_\_\_

**REVISIÓN TÉCNICA**

Presión O2: \_\_\_\_\_ Flujo: \_\_\_\_\_ Concentración: \_\_\_\_\_ Filtro de aire:  Cambio  Limpieza Hora Con/traidor: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR	<i>20200</i>	<i>80000</i>	<i>153B</i>	CONCENTRADOR			
C. RESPALDO	<i>74195</i>	<i>009</i>		C. RESPALDO			
REGULADOR 540	<i>009</i>			REGULADOR 540			
C. PORTATIL	<i>192</i>			C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P.				CARRITO P.			

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**

CONCENTRADOR  SI  NO C. RESPALDO  SI  NO C. PORTATIL  SI  NO REGULADOR 540  SI  NO REGULADOR 870  SI  NO CARRITO  SI  NO

**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 Con/traidor	\$150.000		Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrito 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 realizaron las entregas de los equipos provistos y revisados en óptimas condiciones* Hora Servicio: *19:10 PM*

Funcionario Entrega: *Sols opalute* Documento: *Mtro 252*

**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"/> CÁNULA <input checked="" type="checkbox"/> TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/>

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO								
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)								
<table border="1"> <tr> <th>Cuota Moderadora</th> <th>Daño Equipo</th> <th>Otros Pagos</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <td>\$ <i>10</i></td> <td>\$ <i>---</i></td> <td>\$ <i>---</i></td> <td>\$ <i>---</i></td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$ <i>10</i>	\$ <i>---</i>	\$ <i>---</i>	\$ <i>---</i>	EXCELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BUENO <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MALO <input type="checkbox"/> MUY MALO <input type="checkbox"/>
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$ <i>10</i>	\$ <i>---</i>	\$ <i>---</i>	\$ <i>---</i>						

**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@oxiprosas.com](mailto:protecciondedatos@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 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: *Hernando López* Firma: *Hernando López*  
Documento: *20.887.041* Parentesco: *Cuidadora*  
Teléfono: *3124913553* Cel: \_\_\_\_\_ Huella: \_\_\_\_\_  
Dirección Actual: \_\_\_\_\_

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

Nombre Comodante	OXIPRO S.A.S "OXIPRO"	<i>Solea Hatute</i>	Fecha	31	10	2020
------------------	-----------------------	---------------------	-------	----	----	------

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

Nombre Comodatario	<i>María Pedraza</i>		Documento Identidad	<i>41321127</i>		
Dirección Comodatario	<i>Cl. 5 N° 5-08 San Bernardo Sumapaz</i>		Tel. Comod			
Dirección Ubicación Equipo			Tel. Ubicac			
Descripción Ubicación Equipos	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Otro					
Ciudad	<i>San Bernardo</i>		Departamento	<i>C/ Boyacá</i>		
Flujo (L/min)	<i>2</i>	Horas	<i>24</i>	EPS	<i>Servisabid</i>	
				Nivel IBC		

**III. DATOS FIRMANTE "A RUEGO"**

Persona que Firma Contrato	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> "A Ruego" El numeral III debe ser diligenciado únicamente si la firma es "A Ruego"					
Nombre	<i>Herminda Olaya</i>		Documento Identidad	<i>20887041</i>		
Dirección	<i>Cl. 5 N° 5-08 San Bernardo</i>		Teléfono			
Ciudad	<i>San Bernardo</i>		Departamento	<i>C/ Boyacá</i>		
Parentesco	<input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Otro <i>Cuidador</i>					

**IV. REFERENCIAS PERSONALES**

1	Nombre	<i>Jeferson Velazquez</i>		Dirección			
	Teléfono	Celular	<i>3007103718</i>	Parentesco	<i>Empleado</i>		
	Empresa	Dir. Empresa		Tel. Empresa			
2	Nombre			Dirección			
	Teléfono	Celular		Parentesco			
	Empresa	Dir. Empresa		Tel. Empresa			

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

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	<i>2020080000153B</i>	4 (SMLV)	<i>4</i>	<i>4</i>	M	
	Marca					
	Modelo					
Cilindro de Respaldo	<i>JAT9-009</i>	1 (SMLV)	<i>1</i>	<i>1</i>	M	
Regulador de Cilindro	<i>12198C192</i>	0,15 (SMLV)	<i>1</i>	<i>1</i>	M	
Cilindro Portátil		0,35 (SMLV)		B	M	
Regulador C Portátil		0,18 (SMLV)		B	M	

  

INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR	COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
	Panel	0,71 (SMLV)	<i>1</i>	<i>1</i>	M	
	Filtros	0,01 (SMLV)	<i>3</i>	<i>3</i>	M	
	Flujómetro	0,35 (SMLV)	<i>1</i>	<i>1</i>	M	
	Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	<i>1</i>	<i>1</i>	M	
	Cable	0,01 (SMLV)	<i>1</i>	<i>1</i>	M	
	Ruedas	0,04 (SMLV)	<i>4</i>	<i>4</i>	M	
	Cabina			<i>1</i>	B	M

  

INSUMO	Humidificador	<i>1</i>	Cánula	<i>1</i>	Carrito		Trampa de Agua	
--------	---------------	----------	--------	----------	---------	--	----------------	--

**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@oxiprosas.com](mailto:protecciondedatos@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 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.

<b>EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S</b>	<b>EL COMODATARIO - PACIENTE y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FISICA DE EL COMODATARIO (Paciente) Y A FAVOR DE ESTE</b>
Firma del Comodante (Representante)	Marque con una X la figura que firmará el presente contrato <input checked="" type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> "A Ruego"
Nombre Comodante (Representante)	Firma del Comodatario
Documento Identidad (Representante)	Nombre de el Comodatario
	Documento Identidad del Comodatario

**DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO**

Ciudad	San Bernardo	Fecha	31 10 2020	Hora	19:15 pm
Nombre del Paciente	Maria Pedraza	Documento Identidad	41321127		
Nombre Responsable Paciente	Herminda Olaya	Documento Identidad	20887040		
Nombre Funcionario	Sols Matute	Documento Identidad	M10252		

**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		Horario de atención	
sede	Dirección	Lunes a Viernes	Sábado
Dosquebradas	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
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

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 (humificador, 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 Sevisahud con cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_ que soy atendido por OXIPRO S.A.S, con la autorización de la EPS Herminda Olaya o en mi calidad de acudiente Yo Herminda Olaya con cédula de ciudadanía N° 20887041

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@oxiprosas.com](mailto:protecciondedatos@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 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:	Firma Funcionario:
	<u>Herminda Olaya</u>	<u>[Firma]</u>