



N°
OX-OV 018781

ORDEN DE VISITA
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4326520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 338276-3491515-3147812353

Fecha: 11 de 2017
Página 1 de 1

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: Lilia Loiza Documento: 74917378 Dirección: Mza 55 Cs 15 Hda Cuba
 Entidad: Medina Teléfono: 3136125099 Correo: 3724
 Solicitante: Glady Osorio Loiza Parentesco: Hija Teléfono: _____

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: _____ Tipo de Servicio: _____ Observación: _____

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: _____ Fajó: _____ Concentración: _____ Filtro de aire: Censu: Umeca: _____ Hora Contador: _____ Código: _____

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR	M 2	J 5	S 5	1	9	6	2
C. RESPALDO							
REGULADOR 540							
C. PORTATIL	B	X	S	9	6	2	6
REGULADOR 870							
CARRITO P	1	9	0	0	1	1	2

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR C. RESPALDO C. PORTATIL REGULADOR 540 REGULADOR 870 CARRITO

REPORTE DE DAÑOS

Daño/Perdida	V/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant	Daño/Perdida	V/unid	Cant
Filtro Extremo Central	\$5.000		Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Cartisa Contrador	\$150.000		Adaptador	\$20.000	
Filtro Extremo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Batido (multicombi)	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Cerrojo Portatil	\$20.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Filtral	\$80.000		Regulador 870	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Regulador 540	\$80.000	
									Otros		

Nro. Reporte: _____ Recibo Manual: _____ Recibo CRM: _____ Valor de Daños \$: _____ Valor Pagado \$: _____

Observaciones de la Visita (Ejemplo Descripción del daño): Se le informa al accidente que en caso de requerir algo favor comunicarse a los números 3138937317 - 3115970713 - 0363402658

Funcionario Entrega: _____ Documento: _____ Hora Servicio: 11:50

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Yo declaro haber devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)
FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente
VOLUNTARIA Devolución Voluntaria
ORDEN MÉDICA Por Orden Médica
CAMBIO Cambio de Proveedor
AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS

El accidente si cumplió a copiar el acople para el regulador

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

PAGOS

CALIDAD DEL SERVICIO

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

AUTORIZACIÓN HABEAS DATA: En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data, regulado por la Ley 1501 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el ingreso de mis datos personales reserido Corábado, autorizo de manera voluntaria, previa expresa e informada a OXPRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica protecciondedatos@oxprosas.com en calidad de RESPONSABLE, para valorar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXPRO S.A.S queda autorizada para recibir, copiar, almacenar, usar, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, almacenar, disponer, seguir y disponer mis datos personales en cumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Reinversión de información a los 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. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXPRO S.A.S lo he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: Glady Osorio Loiza Firma: _____
 Documento: 42075518 Parentesco: _____
 Teléfono: Mza 55 Cs 15 Hacienda Cuba
 Dirección Actual: Glady Osorio Loiza
42075518



Nº
OX-DC 016685

DECLARACION DE CAPACITACION
LINEA DE ATENCION AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCION AL USUARIO EJE CAFETERO: 3322770-3401511-3147912353

Código
Fecha
Versión
Página

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	Paragvía	Fecha	12 11 2020	Hora	11:50
Nombre del Paciente	Lilia Loaiza	Documento Identidad	24917		
Nombre Responsable Paciente	Gladys Osorio Loaiza	Documento Identidad	42073518		
Nombre Funcionario	Luis Hurtado	Documento Identidad	108924		

CAPACITACION

OXIPRO S.A.S. ha sido el proveedor encargado por su EPS para brindar el servicio de Oxígeno Medicinal formulado por su Médico. Bienvenido y a continuación encontrará algunas instrucciones y recomendaciones a tener en cuenta para el adecuado y correcto funcionamiento.

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:

sede	Dirección	SEDES DE ATENCION AL USUARIO		Horario de atención	Báttas
		Lunes a Viernes	Sábado		
Dooquebrías	Carrera 2A No. 7-35 Zona Industrial La Balsa Manizana 4 Bodega 4	8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 6:00 pm		8:00 am a 12:00 pm	8:00 am a 12:00 pm
Mascales	Carrera 21 No 23-21 Edificio Terrazas	8:00 am a 3:30 pm		8:00 am a 12:00 pm	8:00 am a 12:00 pm
Armeria	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 pm	8:00 am a 12:00 pm
Bogotá	Carraera 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 12:00 pm	8:00 am a 12:00 pm

O solicitarla a domicilio con un cargo adicional por envío, comunicándose a nuestra Línea de Atención al Usuario:

Seccional	Teléfono	LINEAS DE ATENCION AL USUARIO		Emergencia 24 horas
		Lunes a Viernes	Sábado	
Bogotá	6446062	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	6446
Eje Cafetero	3302770-3401511	8:00 am a 6:00 pm	8:00 am a 12:00 m	314 7912

- 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 entregará en el tiempo indicado, generará cobro de multa por cada día adicional que el cilindro portátil se encuentre en posesión 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 oxígeno, comunicarse a la LINEA DE ATENCION AL USUARIO.

DECLARACION DE CAPACITACION

Yo Gladys Osorio Loaiza con cédula de ciudadanía 42073518 y Madimas que soy atendido por OXIPRO S.A.S. con la autorización 42073518 o en mi calidad de acudiente Yo Gladys Osorio Loaiza con cédula de ciudadanía N° 42073518

responsable del paciente nombrado anteriormente quien presenta impedimento físico; Declaro que he recibido capacitación sobre la 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 concentrador).
- Declaro que fui lo suficientemente informado sobre la incompatibilidad del uso de Oxígeno contenido en cilindros y/o 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 cualquiera de los equipos (concentrador, regulador, manómetro, cilindro), me comunicaré directamente con Oxipro S.A.S. para su requerido.
- Declaro que no permitiré el uso o manipulación de oxígeno, el cilindro, reguladores y concentrador por terceros NO beneficiarios de los mismos.

Oxipro S.A.S. queda absuelta de cualquier responsabilidad por accidentes y problemas derivados a mi persona, como paciente suministrado y/o a terceros ajenos al proceso cuando se violen o desconozcan los parámetros arriba mencionados, siendo estos con permanente orientación que con la entrega periódica del oxígeno y los elementos antes mencionados que efectúan nuestros funciones.

AUTORIZACION HABEAS DATA: En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data, reglado por la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el ingreso de mi 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 proteccion@oxipro.com.co RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S. queda autorizada para recibir, completar, actualizar, compartir, comunicar, procesar, archivar, usar, transferir, transmitir, divulgar, suprimir y disponer mis datos personales equi suministrados, de acuerdo con los frentados relacionados a la Campaña y en especial para Capacitación, Historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y medicamentosa, atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Ramificación de 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 cobros. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S. lo he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

FIRMAS DE LA DECLARACION

Firma Paciente:	Firma Responsable del Paciente:	Firma Funcionario:
	x Gladys Osorio Loaiza 42.073518	Luis A