

ORDEN DE VISITA

LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
 LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJ.E CAJETERO: 228273-3481311-3147912323

Fecha: Agosto 04 de 2011
 Página: 1 de 1

Pro
 Nro. 0188
 050178
 050150

OX-OV **019874**

Información de identificación:
 Documento: 4599700.
 Teléfono: 346501650.
 Parentesco: Hno.

Dirección: CH 12 F 2-35 M/Bogotá
 Consumo: 3L/24H
 Teléfono: Hno 20

ORDEN DE SERVICIO

Observación

Tipos de Servicio:
 Entrega Lógica Concept.
 Entrega Portatil Permanent.

REVISIÓN TÉCNICA

Flujo: Concentración Filtro de aire Cambio Limpieza

Equipo: Hora Con/traidor: Código:

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados		Códigos Equipos Recogidos	
ADAPTOR	AD-3050	CONCENTRADOR	
ADAPTOR	AD-142	C. RESPALDO	
ADAPTOR	190802727	REGULADOR 540	
ADAPTOR	90525112	C. PORTATIL	
ADAPTOR	140502112	REGULADOR 870	
ADAPTOR	CP-4721	CARRITO P.	
	H: 8808		

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

ADAPTOR 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
Adaptador Central	\$5.000		Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Con/traidor	\$150.000		Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	
Adaptador Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrilo Portatil	\$20.000	
Concentrador	\$80.000		Flujímetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Regulador 870	\$80.000	
Filtro Central	\$15.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 540	\$80.000	
			Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Otros		

Reporte

Recibo Manual Recibo CRM Valor de Daños \$ Valor Pagado \$

Se entregan Concentrador Cilindro de Respaldo y portatil tener a 2000 USD Regulador (G/A 540 y 870, Carrilo portatil) todos en buenas condiciones con la capacitación del uso Andres Agudelo P.

Documento: 6119281

Hora Servicio: 15:40

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS	CONSUMIBLES RECIBIDOS
Yo declaro haber devuelto de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo (Escribir el Motivo)	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)
FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente	HUMIDIFICADOR SI 090919
VOLUNTARIA Voluntaria Voluntaria	CÁNULA SI 020320
ORDEN MÉDICA Por Orden Médica	TRAMPA DE AGUA NO
CAMBIO Cambio del Regulador	
AFILIACIÓN Estado Afiliación Esq.	

CALIDAD DEL SERVICIO

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONSUMIBLES

Cuenta Monetaria	Daño Equipo	Cobro Faltas	Total

CALIFICADO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

Excelente

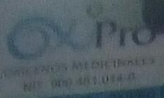
RECUPERACIÓN HAREMOS NUESTRO MEJOR ESFUERZO PARA QUE SU PACIENTE SE RECUPERE RÁPIDAMENTE

El presente es un documento de garantía emitido por el fabricante de los equipos de Oxígeno Domiciliario. Este documento garantiza el funcionamiento normal de los equipos de Oxígeno Domiciliario durante el periodo de garantía. En caso de fallas o problemas de funcionamiento, el fabricante se compromete a reparar o reemplazar el equipo de Oxígeno Domiciliario de manera gratuita. Este documento no cubre los daños causados por el uso incorrecto, el mal mantenimiento o los accidentes. El fabricante no es responsable de los daños causados por el uso incorrecto, el mal mantenimiento o los accidentes. Este documento no cubre los daños causados por el uso incorrecto, el mal mantenimiento o los accidentes.

Información de quien recibe el servicio:

Nombre: José Juan Varela
 Teléfono: 31021074
 310221615
 CH 12 F 2-35 B / Alfonso Lopez H no Bogotá

Nombre: Taty Jussu Varela



OX-CC 018302

PARA PACIENTES
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912333

05

Nombre: J. Andres Aguado P. Fecha: 14 / 11 / 20

Nombre Concentradora: Jose Varela
Dirección Concentradora: Calle 12# 2-35 B / Alfonso Lopez
Código Ubicación Equipo: Calle 12# 2-35 B / Alfonso Lopez
Departamento: Montenegro
Ciudad: 3L
Eps: N Eps.
Departamento: Quindío
Nivel IBC: 1

III. DATOS FIRMANTE "A RUGEO"
Persona que Firma Contrato: Jose Ivan Varela
Nombre: Jose Ivan Varela
Dirección: Calle 12# 2-35 B / Alfonso Lopez
Ciudad: Montenegro
Parentesco: Padre / Madre

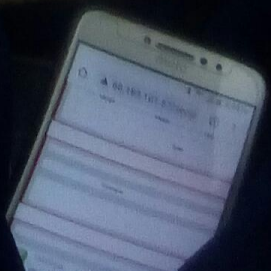
IV. REFERENCIAS PERSONALES
1 Nombre: Julieth Triana. Dirección: Calle 12# 2-35 Alfonso Lopez M/ negra Nueva.
Teléfono: CC. 1097722322. Celular: 3104221615. Parentesco: Nueva.
Empresa: Ama de Casa. Dir. Empresa: Tel. Empresa:
2 Nombre: Jesus Ovidio Triana. Dirección: Calle 12# 2-35 Alfonso Lopez M/ negro Amiga.
Teléfono: CC. 18413145. Celular: 3127265814. Parentesco: Amiga.
Empresa: Agricultor. Dir. Empresa: Tel. Empresa:

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	MN-39510		4 (SMLV)	1	M	Se entregan equipos en buenas condiciones.
Cilindro de Respaldo			1 (SMLV)	1	M	
Regulador de Cilindro		0,15 (SMLV)		1	M	
Cilindro Portatil		0,35 (SMLV)		1	M	
Regulador C Portatil		0,18 (SMLV)		1	M	
INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR	COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	
	Panel	0,71 (SMLV)	1	M		
	Filtros	0,01 (SMLV)	3	M		
	Flujometro	0,35 (SMLV)	1	M		
	Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	M		
	Cable	0,01 (SMLV)	1	M		
	Baquetas	0,04 (SMLV)	4	M		
Cabinas			1	M		
INSUMOS	Humificador		Cámbula		Carrito	Trampa de Agua

AUTORIZACIÓN: El presente documento es propiedad de la Empresa OX Pro y debe ser devuelto en su totalidad al momento de la entrega de los equipos. No se permite la reproducción o el uso no autorizado de este documento. Toda infracción será sancionada de acuerdo con la Ley 1801 de 2015 y sus Decretos reglamentarios. Este documento es válido para el uso exclusivo de la Empresa OX Pro y no debe ser utilizado para fines ajenos a los que fue emitido. Toda infracción será sancionada de acuerdo con la Ley 1801 de 2015 y sus Decretos reglamentarios. Este documento es válido para el uso exclusivo de la Empresa OX Pro y no debe ser utilizado para fines ajenos a los que fue emitido.

Nombre del Concentrador: J. Andres Aguado P.
Fecha de Emisión: 14/11/2020
Nombre del Concentrador: Jose Ivan Varela
Fecha de Emisión: 14/11/2020
Nombre del Concentrador: Jose Ivan Varela
Fecha de Emisión: 14/11/2020



Oxipro
S.A.S. BOGOTÁ

Nº
OX-DC 016818

DECLARACION DE CAPACITACION

LINEA DE ATENCION AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCION AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353

Fecha: 14/11/2020
Página: 1 de 2

Apellido del Paciente	Montenegro	Fecha	14/11/2020	Hora	15:40
Nombre del Paciente	Jose Varela			Documento Identidad	4.399.700
Apellido Responsable	Jose Ivan Varela			Documento Identidad	9.801.074
Apellido Paciente	Andrés Agudelo P.			Documento Identidad	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.

SEDES DE ATENCION AL USUARIO

sede	Dirección	Lunes a Viernes	Sábado
quebradas	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
izales	Carrera 21 No 23-21 Edificio Tamanaco	8:00 am a 3:30 pm	9:00 am a 11:30 am
enia	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
otía	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

LINEAS DE ATENCION AL USUARIO

Seccional	Teléfono	Lunes a Viernes	Sábado	Emergencias 24 horas
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 entregando 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 ATENCION AL USUARIO (Continúa Página 2)

DECLARACION DE CAPACITACION con cédula de ciudadanía N°
Yo N. eps. que soy atendido por Oxipro S.A.S. con autorización de la EPS
o en mi calidad de acadúe Yo Jose Ivan Varela
con cédula de ciudadanía N° 9.801.074

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 consumo de Oxígeno Medicinal, formulado por el médico tratante, visualizado en la Orden Médica.
- Identificar en la Orden Médica, el nivel de consumo de Oxígeno Medicinal formulado por el médico tratante, y/o concentradores de oxígeno.
- 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 combustibles como grasas, gasolina, aceites y derivados de estos.
- Declaro que suministrando 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 los suministros y/o a terceros, siempre que se verifiquen los parámetros arriba mencionados, siendo estos complementarios a la permanente orientación que con la entrega se brinda del oxígeno y los elementos antes mencionados que efectúan nuestros funcionarios.

Autorización de Haberes: Este documento es un formulario de declaración de conformidad con la Ley 1801 de 2016 y sus Decretos Reglamentarios, con el fin de garantizar que el paciente sea informado en calidad de responsable de su salud y de sus decisiones, con el fin de garantizar que el paciente sea informado en calidad de responsable de su salud y de sus decisiones, con el fin de garantizar que el paciente sea informado en calidad de responsable de su salud y de sus decisiones.

Firma Paciente: Jose Ivan Varela
Firma Funcionario: [Firma]