

Nº
OX-OV 02052

ORDEN DE VISITA
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353

Código: OXI-SED-FR-03
Fecha: Agosto 04 de 2017
Versión: 3
Página 1 de 2

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN			
Paciente: <i>Stephanía Herrera</i>	Documento: <i>1011260271</i>	Dirección: <i>N. Laureles la Vega</i>	Fecha: <i>14/04/21</i>
Entidad: <i>Famisanor</i>	Teléfono: <i>3229076228</i>	Consumo: <i>1/4 y 2/4 horas</i>	Atención: <i>Atención</i>
Solicitante: <i>Stephanía Aguilera</i>	Parentesco: <i>Tia</i>	Teléfono: <i>-3229076228</i>	

ORDEN DE SERVICIO		Observación
Nro. Orden: <i>130379219</i> <i>130379218</i>	Tipo de Servicio: <i>Entrega por parte!</i> <i>Entrega citadio de respaldo</i>	

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: Flujo: Concentración: Filtro de aire: Cambio: Limpieza: Hora Con/Trador: Código:

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO																	
Códigos Equipos Entregados					Códigos Equipos Recogidos												
CONCENTRADOR	J	R	Y	S	-	0	8	8	CONCENTRADOR								
C. RESPALDO									C. RESPALDO								
REGULADOR 540	1	0	5	5	4	3			REGULADOR 540								
C. PORTATIL	9	4	1	0	7	0	3	9	C. PORTATIL								
REGULADOR 870	0	8	0	3	6	0			REGULADOR 870								
CARRITO P.	C	P	3	7	9	6			CARRITO P.								

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

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

REPORTE DE DAÑOS											
Daño/Perdida			Daño/Perdida			Daño/Perdida			Daño/Perdida		
V/unit	Cant		V/unit	Cant		V/unit	Cant		V/unit	Cant	
\$5.000		Filtro Externo Central	\$15.000		Soporte Filtro Lateral	\$150.000		Carcasa Con/Trador	\$20.000		Adaptador Salida Humidificador
\$5.000		Filtro Externo Lateral	\$50.000		Manija	\$20.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrito Portatil
\$80.000		Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$15.000		Adapt a Humidificador	\$80.000		Regulador 870
\$20.000		Rueda	\$15.000		Switch de Encendido	\$80.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 540
\$15.000		Soporte Filtro Central	\$10.000		Botón de Reset	\$20.000		Tapa de Filtro Interno			Otros

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

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño): *Se entregan equipos probados y revisados en perfectas condiciones, se entregan desechables en buen estado*

Funcionario Entrega: *Santiago Lopez* Documento: *3PI 573* Hora Servicio: *8:20*

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)
FALLECIMIENTO VOLUNTARIA Fallecimiento del Paciente. ORDEN MEDICA Devolución Voluntaria. CAMBIO Por Orden Médica. AFILIACIÓN Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.	HUMIDIFICADOR <input checked="" type="checkbox"/> CÁNULA <input checked="" type="checkbox"/> TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/>

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO
ME PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)
Cuota Moderadora: \$ <i>3500</i> Daño Equipo: \$ <i></i> Otros Pagos: \$ <i></i> Pago Total: \$ <i>3.500</i>	EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO <i>Excelente</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 por la NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica 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, 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 del presente contrato 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 al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los terceros, 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 recursos. 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: *Stephanía Aguilera Cardona* Firma: *[Firma]*

Documento: *1019094228* Parentesco: *Tia*

Teléfono: *3229076228* Cel: *3232201021*

Ubicación Actual: *Vereda Laureles*

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad		Fecha	14 04 21	Hora	8:20 AM
Nombre del Paciente	Samantha Herrera			Documento Identidad	1011260271
Nombre Responsable Paciente	Estefanía Aguilera			Documento Identidad	1019094228
Nombre Funcionario	Santiago Jara			Documento Identidad	1013691844

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 PRESTACIÓN DEL SERVICIO

- La recarga de cilindro portátil deberá efectuarse en la sede de atención al Usuario más cercana a su domicilio:

SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO

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 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, comunicándose a nuestra Línea de Atención al Usuario:

LINEAS DE ATENCIÓN 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 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 _____ 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 Estefanía Aguilera con cédula de ciudadanía N° 1019094228

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 protecciondatos@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 ha sido suministrado de forma voluntaria y es verídica.

FIRMAS DE LA DECLARACION

Firma Paciente:	Firma Responsable del Paciente:	Firma Funcionario:

Nº
OX-CC 016633

CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES

LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 6446062
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353

Código: OOL-SED-FR-02
Fecha: Agosto 04 de 2017
Versión: 1
Página 1 de 2

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

Nombre Comodante: OXIPRO S.A.S "OXIPRO" *Santiago Lopez* Fecha: 14 04 21

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)

Nombre Comodatario: *Samantha Herrera* Documento Identidad: *1011260771*
Dirección Comodatario: *V. Laureles la Vega* Tel Comod:
Dirección Ubicación Equipo: *V. Laureles la Vega* Tel Ubicac: *322 907 62 22*
Descripción Ubicación Equipos: Paciente Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro
Ciudad: *la Vega* Departamento: *Cundinamarca*
Flujo (L/min):
Horas:
EPS:
Nivel IBC:
Página 1 de 2

III. 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: *Estefanía Aguilera* Documento Identidad: *1011260771*
Dirección: *V. Laureles la Vega* Teléfono: *323 220 10 21*
Ciudad: *la Vega* Departamento: *Cundinamarca*
Parentesco: Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1 Nombre: *Proce Cordona* Dirección: *V. Laureles la Vega*
Teléfono:
Celular: *322 907 6228* Parentesco: *Abuela*
Empresa:
Dir. Empresa:
Tel. Empresa:
2 Nombre: *Estefanía Aguilera* Dirección: *V. Laureles la Vega*
Teléfono:
Celular: *323 220 10 21* Parentesco: *Tía*
Empresa:
Dir. Empresa:
Tel. Empresa:

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador		4 (SMLV)		B M		CP. 3796
Cilindro de Respaldo	J R Y S - 0 8 8	1 (SMLV)		B M		
Regulador de Cilindro	1 0 5 5 4 3	0,15 (SMLV)		B M		
Cilindro Portátil	9 4 1 0 7 0 3 9	0,35 (SMLV)		B M		
Regulador C Portátil	0 8 0 3 6 0	0,18 (SMLV)		B M		
INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR	COMPONENTE	VL CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
	Panel	0,71 (SMLV)		B M		
	Filtros	0,01 (SMLV)		B M		
	Flujómetro	0,35 (SMLV)		B M		
	Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)		B M		
	Cable	0,01 (SMLV)		B M		
	Ruedas	0,04 (SMLV)		B M		
Cabina	-		B M			
INSUMO	Humidificador		Cánula		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@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, 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 ha sido suministrado de forma voluntaria y es verídica.

EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S

Firma del Comodante (Representante): *[Firma]*
Nombre Comodante (Representante):
Documento Identidad (Representante):
Página 1 de 2

EL COMODATARIO - PACIENTE y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FÍSICA DE EL COMODATARIO (Paciente) Y A FAVOR DE ESTE

Marque con una X la figura que mejor describe el presente estado: Paciente "A Ruego"
Firma de el Comodatario: *[Firma]*
Nombre de el Comodatario: *Estefanía Aguilera Cordona*
Documento Identidad del Comodatario: *1019094728*