

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	Bogotá	Fecha	17 / 4 / 21	Hora	6:13 Am
Nombre del Paciente	Fredy Ruiz	Documento Identidad	92126067		
Nombre Responsable Paciente	Alejandro Lopez	Documento Identidad	1151959658		
Nombre Funcionario	Santiago Lopez	Documento Identidad	1013691844		

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 efectuarse en la sede de atención al Usuario más cercana a su domicilio:

SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO

sede	Dirección	Horario de atención	
		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, comunicándose 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 _____ 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 Alejandro Lopez con cédula de ciudadanía N° 1151959658.

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 la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

FIRMAS DE LA DECLARACION

Firma Paciente:

Firma Responsable del Paciente:

Firma Funcionario:

[Firma manuscrita]

[Firma manuscrita]

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

Nombre Comodante: OXIPRO S.A.S "OXIPRO" *Santiago Lopez* Fecha: 17 / 4 / 21

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)

Nombre Comodatario: *Fredy Rivero* Documento Identidad: 92126067
Dirección Comodatario: *cl 49 # 71-02 Ap 501* Tel Comod: -
Dirección Ubicación Equipo: *cl 49 # 71-02 Ap 501* Tel Ubicac: 3187692598
Descripción Ubicación Equipos: Paciente Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro
Ciudad: *Bogotá* Departamento: *Cundinamarca*
Flujo (L/min): *5 litros* Horas: *24 h* EPS: *Servisulud* Nivel IBC: -

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: *Alejandro Lopez* Documento Identidad: 1151959658
Dirección: *cl 49 # 71-02 Ap 501* Teléfono: 3187692598
Ciudad: *Bogotá* Departamento: *Cundinamarca*
Parentesco: Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro *Amigo*

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1	Nombre: <i>Alejandro Lopez</i>	Dirección: <i>cl 49 # 71-02 Ap 501</i>
	Teléfono: -	Celular: <i>3187692598</i>
	Empresa: -	Dir. Empresa: -
		Tel. Empresa: -
2	Nombre: <i>Maria Macías</i>	Dirección: <i>cl 49 # 71-02 Ap 501</i>
	Teléfono: -	Celular: -
	Empresa: -	Dir. Empresa: -
		Tel. Empresa: -

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	201710000039	4 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	ov. 2561.
	Marca					
	Modelo					
Cilindro de Respaído	183392123	1 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador de Cilindro	RR-20748B	0,15 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cilindro Portátil	208106145	0,35 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador C Portátil	XY11084884	0,18 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	

INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR	COMPONENTE	VL CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
	Panel	0,71 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Filtros	0,01 (SMLV)	2	<input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Cable	0,01 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Ruedas	0,04 (SMLV)	4	<input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Cabina	-	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	

INSUMO	Humidificador	Cánula	Carrito	Trampa de Agua
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 en calidad de RESPONSAABLE 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, 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 especial para Capacitación, Historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y medicamentos, Encuestas de Opinión, atención a quejas (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.

EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S

Firma del Comodante (Representante): *[Firma]*
Nombre Comodante (Representante): *[Firma]*
Documento Identidad (Representante): *[Firma]*

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

Marque con una X la figura que firmará el presente contrato: Paciente "A Ruego"
Firma de el Comodatario: *[Firma]*
Nombre de el Comodatario: *[Firma]*
Documento Identidad del Comodatario: 1151959658