

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	YTO SUCTO	Fecha	23 06 2021	Hora	11:30
Nombre del Paciente	Lia Loatza	Documento Identidad	1053876638		
Nombre Responsable Paciente	Robelia Morales	Documento Identidad	30415749		
Nombre Funcionario	Juan Pablo Rodriguez	Documento Identidad	1088011256		

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				
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, comunicandose a nuestra Línea de Atención al Usuario:

LINEAS DE ATENCIÓN AL USUARIO				
Seccional	Teléfono	Lunes a Viernes	Horario de atención	Emergencias 24 horas
			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 Robelia Morales con cédula de ciudadanía N° 30415749

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 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: <u>Robelia Morales Reyes</u>	Firma Funcionario: <u>Juan Pablo Rodriguez</u>
-----------------	---	---

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

Nombre Comodante: OXIPRO S.A.S "OXIPRO" *Juan Pablo Rodríguez* Fecha: 23 06 2021

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)

Nombre Comodatario: *Italo Lozano* Documento Identidad: *1053876638*
 Dirección Comodatario: *Vda pueblo Viejo las margaritas* Tel Comod: *3504565546*
 Dirección Ubicación Equipo: *Vda pueblo Viejo las margaritas* Tel Ubicac: *3154767782*
 Descripción Ubicación Equipos: Paciente Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro
 Ciudad: *VIO SUCIO* Departamento: *Caldas*
 Flujo (L/min): *1/2* Horas: *24* EPS: *ndella eps* Nivel IBC: *1*

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: *Nonelia Morales* Documento Identidad: *30415749*
 Dirección: *Vda pueblo Viejo las margaritas* Teléfono: *3154767782*
 Ciudad: *VIO SUCIO* Departamento: *Caldas*
 Parentesco: Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1 Nombre: *Nonelia Morales* Dirección: *Vda pueblo Viejo las margaritas*
 Teléfono: *30414961* Celular: *3304565546* Parentesco: *madre*
 Empresa: *ama de casa* Dir. Empresa: *-* Tel. Empresa: *3504565546*
 2 Nombre: *margarita morales* Dirección: *Vda pueblo Viejo las margaritas*
 Teléfono: Celular: *3165150459* Parentesco: *hija*
 Empresa: *ama de casa* Dir. Empresa: *-* Tel. Empresa: *3165150459*

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador		4 (SMLV)		B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cilindro de Respaldo	<i>192712113 D 714007</i>	1 (SMLV)		B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador de Cilindro	<i>m140021 m140005b</i>	0,15 (SMLV)		B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cilindro Portátil		0,35 (SMLV)		B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador C Portátil		0,18 (SMLV)		B M	<input checked="" type="checkbox"/>	

COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Panel	0,71 (SMLV)		B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Filtros	0,01 (SMLV)		B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Flujómetro	0,35 (SMLV)		B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)		B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cable	0,01 (SMLV)		B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ruedas	0,04 (SMLV)		B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cabina			B 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@oxiprossa.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 (gestión PQRS), procedimientos 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): *Juan P*
 Nombre Comodante (Representante): *Juan Pablo Rodríguez*
 Documento Identidad (Representante): *108801250*

EL COMODATARIO - PACIENTE Y/O FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FISICA 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: *Nonelia Morales Reyes*
 Nombre de el Comodatario: *Nonelia Morales Reyes*
 Documento Identidad del Comodatario: *30415749*

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: Lia loaiza Documento: 1053876638 Dirección: VDa pueblo Viejo los mangaitas Fecha: 23/06/17
Entidad: huelna eps Teléfono: 3154767782 Consumo: 1/2 Autorización:
Solicitante: Nohelía moyales Parentesco: tia Teléfono: 3504565546

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 130394409 Tipo de Servicio: Entrega Inicial Neonato Observación: Entrega cilindro De Resp.
130394410 Entrega portatil permanente

REVISIÓN TÉCNICA

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			
C. RESPALDO	<u>192712113</u>	<u>D714007</u>		C. RESPALDO			
REGULADOR 540	<u>m140021</u>	<u>m1400056</u>		REGULADOR 540			
C. PORTATIL				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			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/tractor	\$20.000		Adaptador Salida Humidificador
\$5.000		Filtro Externo Lateral	\$50.000		Manija	\$20.000		Cable de Poder	\$15.000		Carrito Portatil
\$80.000		Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$80.000		Regulador 870
\$20.000		Rueda	\$15.000		Switch de Encendido	\$10.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 540
\$15.000		Soporte Filtro Central	\$10.000		Bolón de Resel	\$20.000		Tapa de Filtro Interno			Otros

Nro. Reporte: 1 Recibo Manual: Recibo CRM: Valor de Daños \$: 1089011256 Valor Pagado \$: 1089011256

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño):
se entregan 2 reguladores 540 neonatal todos en buen estado y se entregan 2 cilindros 11lbs a 2000 PSI en buenas condiciones no se realiza entrega de C. portatil ya que nos comunicamos con la madre del paciente y nos informa que lo reclamara en sede.

Funcionario Entrega: Juan pablo Rodriguez Documento: 1089011256 Hora Servicio: 11:30

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)

FALLECIMIENTO VOLUNTARIA Fallecimiento del Paciente.
ORDEN MÉDICA Devolución Voluntaria.
CAMBIO Por Orden Médica.
AFILIACIÓN Cambio de Proveedor.
AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR SI
CÁNULA SI
TRAMPA DE AGUA NO

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$ -	\$ -	\$ -	\$ -

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO excelente

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 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, actualización, Historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y medicamentos, Encuestas de Opinión, la Compañía y en especial para Capacitación, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares, atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento de cambios en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones, Control de Inventarios, Gestión de Servicios de arrendamiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento por parte de OXIPRO S.A S la he suministrado de forma voluntaria y es verídica 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: Nohelía moyales Parentesco: tia
Documento: 30415749 Cel: 3154767782
Teléfono: 3504565546
Dirección Actual: VDa pueblo Viejo los mangaitas

Firma: Nohelía moyales Reyes
Huella: