OXPro
OXÍGENOS MEDICINALES
NIT. 900.481.014-0

Nº
OX-OV 020335

ORDEN DE VISITA

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

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

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	Jose Sierra	Documento	70062647	Dirección	Cl 69a # 54b-10 Sur	Fecha	18 5 20
Entidad	Compensar	Teléfono		Consumo	2 lt x 24 h	Autorización	
Solicitante	Angela Sierra	Parentesco	Hija			Teléfono	3118528563

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130385833	Entrega Concentrador	
130385834	Entrega Portatil permanente	

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	N N - 2 3 2 4 B	
C. RESPALDO		
REGULADOR 540		
C. PORTATIL	9 4 1 0 7 0 1 5	
REGULADOR 870	B 0 2 1 2 0 0 1 5 1 4	
CARRITO P.	C P 1 6 7 5	

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	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant
Filtro Externo Central	$5.000		Soporte Filtro Lateral	$15.000		Carcasa Con/trador	$150.000		Adaptador Salida Humidificador	$20.000	
Filtro Externo Lateral	$5.000		Manija	$50.000		Cable de Poder	$20.000		Carrito Portatil	$20.000	
Base Concentrador	$80.000		Flujómetro	$80.000		Adapt a Humidificador	$15.000		Regulador 870	$80.000	
Rueda	$20.000		Switch de Encendido	$15.000		Panel Frontal	$80.000		Regulador 540	$80.000	
Soporte Filtro Central	$15.000		Botón de Reset	$10.000		Tapa de Filtro Interno	$20.000		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 equipados en Perfectas condiciones, Se entregan desechables nuevos y en buen estado, Paciente PC3

Hora Servicio: 630A

Funcionario Entrega: Santiago Lopez **Documento:** SPN 142

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

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

- HUMIDIFICADOR [1] 090919
- CÁNULA [1] 020320
- TRAMPA DE AGUA [ ]

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 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 calid RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Politica de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S queda autorizado para recolectar, compilar, almacenar, usar, cl 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 so 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 Sa atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los tit 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, Gest 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: Angelica Maria Sierra
Documento: 53011330 Parentesco: Hija
Teléfono: 3118528563 Cel:
Dirección Actual: Kr 69A # 54B 10 SUR

Firma: Angelica Sierra

Huell

OXIPRO
OXÍGENOS MEDICINALES
NIT. 900.481.014-0

Nº
OX-DC 016283

DECLARACION DE CAPACITACION

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

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

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	Bogota	Fecha	18 05 21	Hora	6:30 AM
Nombre del Paciente	Jose Sierra			Documento Identidad	70062647
Nombre Responsable Paciente	Angela Sierra			Documento Identidad	53011330
Nombre Funcionario	Santiago Jaez			Documento Identidad	1013694844

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	Horario de atención: 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	Horario de atención: Lunes a Viernes	Horario de atención: 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 Nº _____ que soy atendido por OXIPRO S.A.S. con la autorización de la EPS _____ o en mi calidad de acudiente Yo Angela Sierra con cédula de ciudadanía Nº 53.011.330 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 protecciondedatos@oxipros.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 financiera, 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:
	Angelica Sierra	

OXIPRO
OXÍGENOS MEDICINALES
NIT. 900.481.014-0

Nº
OX-CC 017838

CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES

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

Código	GOL-GED-FR-02
Fecha	Agosto 04 de 2017
Versión	2
	Página 1 de 2

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

Nombre Comodante: OXIPRO S.A.S "OXIPRO" Santiago Juarez — Fecha: 18 05 21

II. DATOS COMODATARIO – (PACIENTE)

Nombre Comodatario: Jose Sierra — Documento Identidad: 70062647
Dirección Comodatario: Cr 69a # 54b-10 Sur — Tel Comod:
Dirección Ubicación Equipo: Cr 69a # 54b-10 Sur — Tel Ubicac:
Descripción Ubicación Equipos: [X] Paciente [ ] Padre / Madre [ ] Hijo(a) [ ] Hermano(a) [ ] Sobrino(a) [ ] Tío(a) [ ] Otro
Ciudad: Bogota — Departamento: Cundinamarca
Flujo (L/min): 2 litros — Horas: 24 h — EPS: Compensar — 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: Angela Sierra — Documento Identidad: 53.011.330
Dirección: Cr 69a # 54b-10 Sur — Teléfono: 3118528563
Ciudad: Bogota — Departamento: Cundinamarca
Parentesco: [ ] Padre / Madre [ ] Hijo(a) [X] Hermano(a) [ ] Sobrino(a) [ ] Tío(a) [ ] Otro

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1 Nombre: Angela Sierra — Dirección: Cr 69a # 54b-10 Sur
Teléfono: — Celular: 3118528563 — Parentesco:
Empresa: — Dir. Empresa: — Tel. Empresa:

2 Nombre: Sandra Medina — Dirección: Cr 69a # 54b-10
Teléfono: — Celular: 3112023025 — Parentesco: Familia Política
Empresa: — Dir. Empresa: — Tel. Empresa:

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO B	ESTADO M	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	A1 A1 – 2 3 2 4 B Marca Modelo	4 (SMLV)		✓			CP 1675
Cilindro de Respaldo		1 (SMLV)					
Regulador de Cilindro		0,15 (SMLV)					
Cilindro Portátil	9 4 1 0 7 0 1 5	0,35 (SMLV)		✓			
Regulador C Portátil	B 0 2 1 2 0 0 1 5 1 4	0,18 (SMLV)		✓			

INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR

COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO B	ESTADO M	INI	OBSERVACIONES
Panel	0,71 (SMLV)	1	✓			
Filtros	0,01 (SMLV)	3	✓			
Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	✓			
Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	✓			
Cable	0,01 (SMLV)	1	✓			
Ruedas	0,04 (SMLV)	4	✓			
Cabina	–	1	✓			

INSUMO							
Humidificador	1	Cánula	1	Carrito	1	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@oxiproaas.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.

EL COMODANTE – OXIPRO S.A.S

Firma del Comodante (Representante): Santiago Juarez
Nombre Comodante (Representante):
Documento Identidad (Representante):

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: Angelica Sierra
Nombre de el Comodatario: Angelica Sierra
Documento Identidad del Comodatario: 53.011.330