

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	Alcayolo Flores	Documento	19232959	Dirección	C/17 Sur #84-27	Fecha	11/9/20
Entidad	Alfonzalva	Teléfono	3188590505	Consumo	24 x 24 h.	Ahorro	
Solicitante	Milena Flores	Parentesco	Hija	Teléfono	3188590505		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	L30413701 L30413702	Tipo de Servicio	Entrega Concentrador portátil Entrega Batería Concentrador portátil	Observación	2017410338
------------	--------------------------------------	------------------	--	-------------	-------------------

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/traidor	Código
------------	-------	---------------	----------------	---	------------------	--------

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados										Códigos Equipos Recogidos																			
CONCENTRADOR	C	B	B	0	2	L	7	4	6	0	L	0	6	CONCENTRADOR															
C. RESPALDO														C. RESPALDO															
REGULADOR 540														REGULADOR 540															
C. PORTATIL														C. PORTATIL															
REGULADOR 870														REGULADOR 870															
CARRITO P.														CARRITO P.															

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/>	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/>	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	-------------	-------------------------------------	-------------	-------------------------------------	---------------	-------------------------------------	---------------	-------------------------------------	---------	-------------------------------------

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/traidor	\$150.000		Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrilo 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 entrega Concentrador portátil, cable de poder y Batería en perfectas condiciones. Se entrega conula nueva.

Funcionario Entrega: **Santiago Lopez** Documento: **SPN 189**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno 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
- CÁNULA **210222**
- 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**

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 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 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 al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares de 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.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre **Ana Milena Flores Escobar**
Documento **1013628090** Parentesco: **Hija**
Teléfono **3188590505** Cel: **3188590505**
Dirección Actual **Calle A Sur #84 27**

Firma **Ana Milena Flores** Huella



CARTA DE ACEPTACIÓN PAGARÉ

FORMATO

GOL-SED-FR-07

Versión: 1

Actualización:
07/07/2017

Página 1 de 1

Número

YO, _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio, manifiesto que para los efectos señalados en el artículo 622 del código de comercio, autorizo expresa e irrevocablemente a OXIPRO S.A.S. o a quien esta empresa designe, para llenar sin previo aviso los espacios en blanco del pagaré No. _____, así:

1. El valor del pagaré será igual a todas las sumas de dinero que se adeuden a OXIPRO S.A.S., con relación al contrato de responsabilidad de equipos suscrito el día _____.
NOTA: los valores sufrirán modificaciones de acuerdo a los precios vigentes en el almacén, en el momento de hacer efectivo el pago de cualquiera de los elementos.
2. La fecha de creación y vencimiento del pagaré será aquella en la que se diligencien los espacios en blanco.
3. El lugar para efectuar el pago será en la sede de atención al cliente de OXIPRO S.A.S., y/o en el lugar que indique dicha empresa.
4. El pagaré así diligenciado presta mérito ejecutivo y será exigible sin más requisitos, ni requerimientos.
5. Se deja constancia que, en mi poder queda copia de la presente carta de instrucciones.
6. Los gastos originados por concepto de impuestos de timbre correrán a mi cargo.

Para constancia, se firma en la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ del año _____.

INFORMACIÓN DE QUIEN ACEPTA TÉRMINOS DE PAGARÉ

Nombre: Ana Milena Florez Escobar
Documento: 1013678090 Parentesco: HIJA
Teléfono: 3188590505 Cel: 3188590505
Dirección: Calle 17 Sur # 8a 27
EPS: Famisanav
Cotizante Beneficiario _____ EPS-S _____

Firma

Huella

Ana Milena F.



PAGARÉ

FORMATO

GOL-SED-FR-08

Versión: 1 Actualización: 07/07/2017

Página 1 de 1

Numero	Equipo	Código	Fecha de vencimiento
Valor			dd mm aaaa

YO, _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio, manifiesto que pagaré solidaria e incondicionalmente a la orden de OXIPRO S.A.S., en la ciudad de Bogotá, en sus oficinas de atención al cliente ubicadas en la Carrera 12 No. 71-32 Of. 702, la suma de

(\$ _____), M/TE, así como cualquier otra suma por concepto de intereses o que se derive de ella o que sea complemento de ella. En caso de mora reconoceré y pagaré intereses a la tasa máxima permitida por la ley, sin perjuicio a las demás acciones legales que la acreedora pueda ejercer. Serán de mi cargo los gastos, costos, y los honorarios de la cobranza judicial o extrajudicial. Declaro excusado el protesto del presente pagaré, así como la presentación para el pago y el aviso de rechazo.

Para constancia, se firma en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

INFORMACIÓN DE QUIEN ACEPTA TÉRMINOS DE PAGARÉ

Nombre: <u>Ana Hilewa Florez Escobor</u>	Parentesco: <u>Hija</u>	Firma	Huella
Documento: <u>1013678090</u>	Cel: <u>318 8590505</u>		
Teléfono: <u>318 8590505</u>	Dirección: <u>Calle 17 sur # 8a 27</u>		
EPS: <u>FQMISUNAV</u>	Colizante <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> EPS-S _____		



DECLARACION DE CAPACITACION CONCENTRADOR PORTÁTIL

FORMATO
GOL-SED-FR-05

Versión: 1

Actualización:
07/07/2017

Página 1 de 1

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	Bogotá	Fecha	11/09/2021	Hora	
Nombre del paciente	Alicardo Flores Velasquez	Documento identidad	19232959		
Nombre responsable paciente	Ana Milena Flores Escobar	Documento identidad	1013628090		
Nombre funcionario	Santiago Lopez	Documento identidad	SPN 107		

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, indicándole a continuación algunas instrucciones y recomendaciones a tener en cuenta para el adecuado y correcto funcionamiento de su servicio.

DECLARACIÓN DE CAPACITACIÓN

Yo (Paciente) _____ identificado con documento No. _____
atendido(a) actualmente por OXIPRO S.A.S. conforme lo indica la autorización de la EPS No. _____ o en mi calidad de
acudiente Yo Ana Milena Flores Escobar identificado con documento No. 1013628090
responsable del paciente nombrado anteriormente, declaro que he recibido capacitación sobre el manejo y seguridad del dispositivo
médico entregado por OXIPRO S.A.S., y que además:

- He comprendido la información suministrada.
- Tengo claridad sobre el funcionamiento del equipo.
- Me encuentro en la capacidad de identificar en la orden médica el nivel de consumo de oxígeno medicinal formulado por el médico tratante.
- Puedo 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 del concentrador de oxígeno.
- Conozco los riesgos inherentes a la manipulación de Oxígeno Medicinal.
- Declaro que fui lo suficientemente informado sobre la incompatibilidad del uso de oxígeno generado por el concentrador frente a productos como grasas, gasolina, aceites y derivados.
- Conozco el número de contacto y horario dispuesto por la compañía para Atención al Cliente.

Sede: lunes a viernes 8:00 a.m. a 1:30 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m.
 Línea de Atención al Cliente: 644 6062
 Solicitud de servicios: 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
 Emergencias: 7:00 p.m. a 7:00 a.m.

- Adquiero el compromiso de comunicarme a la línea de Atención al Cliente: 644 6062, toda vez que se presente un evento de riesgo o incapacidad en la manipulación del equipo.
- Declaro que no permitiré el uso o manipulación del concentrador por terceros NO beneficiarios (paciente) del servicio.

OXIPRO S.A.S. queda absuelta de toda 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, efectúan nuestros funcionarios.

PACIENTE	RESPONSABLE DEL PACIENTE	FUNCIONARIO OXIPRO S.A.S.
Firma: _____	Firma: <u>Milena Flórez</u>	Firma: <u>[Firma]</u>

RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD

IMPORTANTE: El equipo siempre se debe ajustar al consumo recetado por su médico. No hacerlo puede representar riesgos para su salud.

- No fumar en el Hogar. Fumar es además muy perjudicial para la salud.
- El oxígeno no es combustible, pero puede ser inflamable (aviva violentamente cualquier fuente de fuego), por ello es importante no colocar el aparato cerca de fuentes de calor (cocinas, estufas, radiadores, aparatos eléctricos, etc.).
- El equipo no debe cubrirse ni deben colocarse objetos sobre este.
- Se recomienda no utilizar cremas de mano ni facial, aerosoles, ungüentos, disolventes ni productos grasos en presencia de oxígeno.
- Las cánulas nasales no deben sobrepasar los 15 metros y no deben tener uniones (para evitar fugas).
- No se debe aumentar o disminuir NUNCA el flujo prescrito por el médico ni manipular el equipo de oxígeno.
- Mantener el aparato y sus accesorios (máscaras, cánulas nasales) en buen estado y sustituirlas por unas nuevas cuando se requiera.



CONTRATO DE COMODATO
CONCENTRADOR PORTÁTIL

FORMATO
GOL-SED-FR-06

Versión: 1 Actualización:
07/07/2017

Página 1 de 3

I. COMODANTE - OXIPRO S.A.S. (Representado por)
Nombre comodante: OXIPRO S.A.S. Fecha: 11/09/2021
Santiago Lopez

II. DATOS COMODATARIO (Paciente)
Nombre comodatario: Alcaro Flores Velosquez
Dirección comodatario: Calle 17 sur #8a 27 casa 2do piso
Documento Identidad: 19232959
Teléfono comodatario: 3132403030
Teléfono ubicación: 3188590505
Descripción ubicación equipos: X Paciente
Ciudad: Bogotá Departamento: Bogotá D.C.
Nueva EPS: [X] Nivel IBC

III. DATOS FIRMANTE (A ruego)
Persona que firma contrato: Paciente A ruego
Nombre: Ana Milena Flores Escobar
Documento Identidad: 1013628090
Teléfono: 3188540505
Departamento: Bogotá D.C.
Parentesco: Padre/Madre

IV. REFERENCIAS PERSONALES
1. Nombre: Evely Adriana Flores Dirección: Calle 17 sur # 8a 27
Teléfono: 3115217885 Celular: Parentesco: Hija
2. Nombre: Evidalme Escobar Dirección: Calle 17 sur # 8a 27
Teléfono: 3107615465 Celular: Parentesco: Esposa

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)
Table with columns: Equipo, Código, Valor CCIAL, Estado, Observaciones.
Items include: Concentrador portátil, Batería, Fuente de alimentación universal CA/CC, Cable de alimentación de CA/CC, Bolsa de transporte, Filtro.

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 autorizada 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, custodia y gestión de información y bases de datos, envío de comunicaciones, control de inventarios y gestión de cobros. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S., los he suministrado de forma voluntaria y son verídicos.

EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S.
Firma: [Signature]
Nombre: Santiago Lopez
Documento: SPN 187

EL COMODATARIO (Paciente) y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FISICA DEL COMODATARIO Y A FAVOR DE ESTE
Marque con una x la figura que firmará el presente contrato:
Paciente [] A ruego [X]
Firma: [Signature]
Nombre: Ana Milena Flores Escobar
Documento: 1013628090