

Nº  
OX-OV **020665**

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

Código: OX-ORD-FR-02  
Fecha: Agosto 04 de 2017  
Versión: 2  
Página 1 de 3

Paciente: **RUBIRA RODRIGUEZ R.**  
Entidad: **ALIANZA SALUD**  
Solicitante: **YENI ASTRID RODRIGUEZ R.**

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**  
Documento: **21216976**  
Teléfono: **3103060842**  
Dirección: **Cll 10 # 29-67**  
Consumo: **3L x 24H**  
Parentesco: **HUJA**  
Teléfono: **3103060842**

**ORDEN DE SERVICIO**  
Nro. Orden: **130412935**  
Tipo de Servicio: **ENTREGA INICIAL CONCENRADOR DE ENTREGA UNA BATERIA PARA CONCENRADOR**  
Observación: **ENTREGA BATERIA CON TIEMPO P. PORTIL CON EL CODIGO 2016320053**

**REVISIÓN TÉCNICA**  
Presión O2:  Flujo:  Concentración:  Filtro de aire:  Cambio:  Limpieza:  Hora Con/traidor:  Código:

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR	8	0	2				
C. RESPALDO	1	6	4				
REGULADOR 540	5	0	1				
C. PORTATIL	3	4					
REGULADOR 870							
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	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		Actuador Salió 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 LOS EQUIPOS PROFUNDOS Y REUSADOS EN PERFECTAS CONDICIONES. SE ENTREGA CÁNULA DE 6 m. SE ENTREGA BATERIA PARA CONCENRADOR PORTATIL DE CODIGO 2016320053**

Funcionario Entrega: **MIGUEL SANTOS** Documento: **SPN - 145**

Hora Servicio: **7:49**

**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 MEDICA: Por Orden Médica.  
CAMBIO: Cambio de Proveedor.  
AFILIACIÓN: Estado Afiliación EPS.

**CONSUMIBLES RECIBIDOS**  
Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)  
HUMIDIFICADOR:   
CÁNULA:   
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 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](mailto: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 o programas de 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.

**INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO**

Nombre: **Yeni Astrid Rodríguez R.**  
Documento: **82320080** Parentesco: **Hija**  
Teléfono: **3103060842**  
Dirección Actual: **Cll 10 No 29-67**

Firma:

Huella:



**CARTA DE ACEPTACIÓN PAGARÉ**

**FORMATO**

**GOL-SED-FR-07**

**Versión: 1**

**Actualización:  
07/07/2017**

**Página 1 de 1**

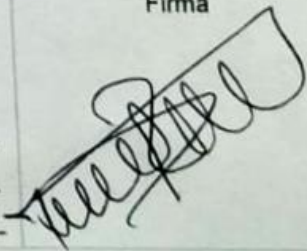
Número

• 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: <u>Yeni Astrid Rodríguez R</u> Documento: <u>92320080</u> Parentesco: <u>Hija</u> Teléfono: <u>3101 9903386</u> Cel: <u>3103060842</u> Dirección: <u>Cll 10 No 29-67</u> EPS: <u>ALIANZA 2100</u> Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario _____ EPS-S _____	Firma 	Huella
---	---	--------



# PAGARÉ

FORMATO  
GOL-SED-FR-08

Versión: 1      Actualización:  
07/07/2017

Página 1 de 1

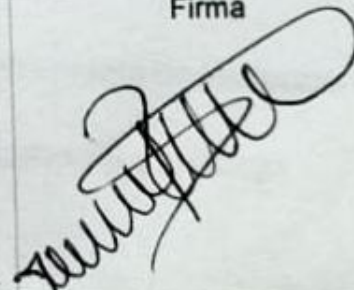
Número	Fecha de vencimiento	dd	mm	aaaa
Valor	Equipo	Código		

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>Yeni Agnoid Rodriguez P.</u>	Firma 	Huella
Documento: <u>92.320080</u> Parentesco: <u>Hija</u>		
Teléfono: _____ Cel: <u>3103060842</u>		
Dirección: <u>Calle 10 No 29-67</u>		
EPS: <u>ALBANSOLVO</u>		
Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario _____ EPS-S _____		



**CONTRATO DE COMODATO  
CONCENTRADOR PORTÁTIL**

**FORMATO  
GOL-SED-FR-06**

**Versión: 1**

**Actualización:  
07/07/2017**

**Página 1 de 2**

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

Nombre comodante OXIPRO S.A.S. Fecha 10 / 9 / 2021

**II. DATOS COMODATARIO (Paciente)**

Nombre comodatario Rubra Rodriguez Rodriguez Documento Identidad 21.216.976  
 Dirección comodatario Cll 1 D No 29-67 Teléfono comodatario 3103060842  
 Dirección ubicación equipo Cll 1 D No 29-67 Teléfono ubicación 4703386  
 Descripción ubicación equipos  
 Paciente  Padre/Madre  Hijo(a)  Hermano (a)   
 Sobrino (a)  Tío(a)  Otro  ¿Cuál?  
 Ciudad Bogotá Departamento   
 Flujo (l/min) 3 Horas 24 EPS ALBA SALUD Nivel IBC

**III. DATOS FIRMANTE (A ruego)**

Persona que firma contrato Paciente  A ruego  \*Diligencia únicamente si la firma es "A Ruego"  
 Nombre Yeni Astrid Rodriguez R Documento Identidad 52320.080  
 Dirección Cll 1 D No 29-67 Teléfono 3103060842  
 Ciudad Cll 1 D No 29-67 Departamento E Cundinamarca  
 Parentesco Padre/Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tío(a)  Otro  ¿Cuál?

**IV. REFERENCIAS PERSONALES**

Nº	Nombre	Dirección	Parentesco
1	<u>Victor C. Rodriguez</u>	<u>Cll 1 D No 29-67</u>	<u>Padre</u>
	<u>3192195084</u>	<u>Celular 3192195084</u>	<u>Padre</u>
	<u>Henny Rodriguez</u>	<u>Cll 1 D No 29-67</u>	<u>Hermano</u>
2	<u>Henny Rodriguez</u>	<u>Celular 3007486190</u>	<u>Hermano</u>
	<u>3007486190</u>	<u>Dir. Empresa</u>	<u>Hermano</u>

**V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)**

Equipo	Código	Valor CCIAL	Estado	Observaciones
Concentrador portátil	<u>BUB0216450134</u>	12,15 (SMLV)	B R M	
Marca	<u>AIRSEP</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Modelo	<u>FreeStyle 5 Ref: AS095-101</u>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Batería • <u>2016320053</u>		0,96 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
Fuente de alimentación universal CA/CC		0,90 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
Cable de alimentación de CA		0,15 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
Cable de alimentación de CC		0,03 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
Bolsa de transporte concentrador + correa para el hombro		0,11 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
Bolsa de transporte de accesorios + correa para el hombro		0,6 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
Filtro		0,01 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
<b>INSUMO</b>	<b>Cánula</b>			

EL COMODANTE – OXIPRO S.A.S.

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

Firma: Miguel Santos  
 Nombre: Miguel Fernando Santos  
 Documento: SPN-145

Firma: Yeni Astrid Rodriguez R  
 Nombre: Yeni Astrid Rodriguez R  
 Documento: 52.320.080



**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	dd	mm	aaaa	Hora
Nombre del paciente	Rubira Rodriguez R	Documento identidad	21216976			
Nombre responsable paciente	Yeni Astrid Rodriguez R	Documento identidad	52320080			
Nombre funcionario		Documento identidad				

**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) Rubira Rodriguez Rodriguez identificado con documento No. 21216.976 atendido(a) actualmente por OXIPRO S.A.S. conforme lo indica la autorización de la EPS No. \_\_\_\_\_ o en mi calidad de acudiente Yo Yeni Astrid Rodriguez R identificado con documento No. 52320080 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:	Firma: <u>MIGUEL SANTOS</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.