

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	Bogotá	Fecha	24 de Septiembre de 2021	Hora	1:50 pm
Nombre del Paciente	Manuel Rojas	Documento Identidad	1145230635		
Nombre Responsable Paciente	Blanca Mejía	Documento Identidad	70872108		
Nombre Funcionario	Ana Beatriz	Documento Identidad	115189539		

CAPACITACION

OXIPRO S.A.S. ha sido el proveedor encargado por su EPS para brindar el servicio de Oxígeno Medicinal suministrado por su fábrica. La garantía de la prestación y la continuación de esta prestación algunas instrucciones y recomendaciones a tener en cuenta para el adecuado y correcto funcionamiento de su servicio.

A. SOBRE LA PRESTACION DEL SERVICIO
 La recarga de cilindros deberá efectuarse en la sede de atención al Usuario más cercana a su domicilio.

SEDES DE ATENCION AL USUARIO				
Sede	Dirección	Horario de atención		
Desagüadoras	Carrera 24 No. 7-31 Zona Industrial La Balsa Matanza 4 Bodega 4	Lunes a Viernes	8:00 am a 12:00 m y 2:00 pm a 6:00 pm	Sábado
Municipales	Carrera 21 No. 25-21 Edificio Tomarisco		8:00 am a 1:30 pm	8:00 am a 1:00 pm
Armenas	Calle 7 No. 21-85 Edificio Torres de Graveda Local 5		8:00 am a 11:00 am y 2:00 pm a 6:00 pm	9:00 am a 11:30 pm
Bogotá	Carrera 12 No. 71-32 Oficina 702		8:00 am a 1:30 pm y 2:00 pm a 6:00 pm	8:00 am a 12:00 m

O solicítala a domicilio con un cargo adicional por envío, comunicándose a nuestra Línea de Atención al Usuario.

LINEAS DE ATENCION AL USUARIO				
Seccional	Teléfono	Horario de atención		Emergencias
Bogotá	6446062	Lunes a Viernes	7:00 am a 7:00 pm	24 horas
Eje Cafetero	3302770-3401511		8:00 am a 6:00 pm	6446062
				314 7812303

- Si la Autorización de Servicios expedida por la EPS, correspondiente a un prestador por (3) días, debe realizar la renovación de la misma en la Sede de Atención al Usuario. No entregada en el tiempo indicado, generará cobro de recarga por cada día adicional que el cilindro portátil se encuentre en poder del Usuario.
- Cuando la Autorización de servicios expedida por la EPS, correspondiente 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 insulso (purificador, cátodo, trampa de agua), recargas de cilindros de respaldo deberá comunicarse a la LINEA DE ATENCION AL USUARIO. (Continúa Página 2)

DECLARACION DE CAPACITACION

Yo Blanca Mejía Mejía con cédula de ciudadanía N° 115189539 que soy atendido por OXIPRO S.A.S con la autorización de la EPS Fonisanav o en mi calidad de acudiente Yo Blanca Mejía Mejía con cédula de ciudadanía N° 70872108

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.

AUTORIZACION 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@oxipro.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 medicación, 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: Blanca Mejía Mejía Firma Funcionario: Ana Beatriz

N°
OX-CC 016635

CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 6446062
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302778-3401511-3147912353

Código: OX-900-PRO
Fecha: Agosto 08 de 2017
Página 1 de 2

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

Nombre Comodante: OXIPRO S.A.S "OXIPRO" Fecha: _____

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)

Nombre Comodatario: Mauro Ramos Documento Identidad: 1145230655
Dirección Comodatario: Ce 6# 3-235 conjunto Portal Chula Tel Comod: 322 317 2559
Dirección Ubicación Equipo: _____ Tel Ubicac: 322 317 2559
Descripción Ubicación Equipos: Paciente Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro
Ciudad: Cajicá Departamento: Cundinamarca
Flujo (L/min): 1104 Horas: 24 EPS: Familiares 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: Blanca Medina Documento Identidad: 20872108
Dirección: Ce 6# 3-235 conjunto Portal Chula Teléfono: 3142092657
Ciudad: Cajicá Departamento: Cundinamarca
Parentesco: Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro Otubo

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1 Nombre: Florencia Dirección: Ce 6# 3-235 Cajicá
Teléfono: 3138070252 Celular: 3138070252 Parentesco: Bisabuelo
Empresa: ama de casa Dir. Empresa: ama de casa Tel. Empresa: _____
2 Nombre: Jhon Rivera Dirección: Ce 6# 3-235 Cajicá
Teléfono: 3223172559 Celular: 3223172559 Parentesco: tio
Empresa: independiente Dir. Empresa: independiente Tel. Empresa: _____

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador		4 (SMLV)		B M	<input checked="" type="checkbox"/>	CP 5432
Cilindro de Respaldo	2070584035	1 (SMLV)		B M	<input checked="" type="checkbox"/>	Se entregan los
Regulador de Cilindro	210404540	0,15 (SMLV)		B M	<input checked="" type="checkbox"/>	Equipos aprobados y
Cilindro Portátil	93207096	0,35 (SMLV)		B M	<input checked="" type="checkbox"/>	aprobados y perfectos
Regulador C Portátil	082053	0,18 (SMLV)		B M	<input checked="" type="checkbox"/>	condicionales
INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR	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

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@oxipro.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): [Firma]
Nombre Comodante (Representante): [Nombre]
Documento Identidad (Representante): 115189559

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

Marque con una X la figura que firma el presente contrato: Paciente "A Ruego"
Firma de el Comodatario: [Firma]
Nombre de el Comodatario: Blanca Roxo Medina Aguirre
Documento Identidad del Comodatario: 20872108



Nº
 OX-OV **020631**

ORDEN DE VISITA
 LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
 LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO LA CAJETERA 320776-MENY-24672203

Órgano:
 Fecha:
 Hora:
 Página 1 de 1

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: Nancy Ramos Documento: 1145230655 Dirección: Cra 6 # 3-235 Fecha: 04/09/23
 Entidad: EPS Fomisonar Teléfono: 573372559 Consultor: 0205
 Subentidad: Básico Medicina Parametro: Abuela Teléfono: 3142092657

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 130417019 Tipo de Servicio: En larga estancia Observación: Revisión técnica
130417020 En larga estancia por la al. personal

Presión D2: Flujo: Concentración: Filtro de Aire: Cambio: Limpieza: Hora Contrador: Código:

EQUIPOS, MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos					
CONCENTRADOR						CONCENTRADOR					
E. RESPALDO	2	0	7	0	5	E. RESPALDO					
REGULADOR 540	2	0	7	0	5	REGULADOR 540					
E. PORTATIL	2	0	7	0	5	E. PORTATIL					
REGULADOR 870	2	0	7	0	5	REGULADOR 870					
CARRITO P	2	0	7	0	5	CARRITO P					

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR E. RESPALDO E. PORTATIL REGULADOR 540 REGULADOR 870 CARRITO

REPORTE DE DAÑOS

Daño/Perdida	V/Unid	Cant	Daño/Perdida	V/Unid	Cant	Daño/Perdida	V/Unid	Cant	Daño/Perdida	V/Unid	Cant
Filtro Externo Central	\$5.000		Sopora Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Contrador	\$150.000		Adaptador Switch humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Cambio Portatil	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujometro	\$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	
Sopora 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 probados y revisados en punto de entrega con la y los humidificadores nuevos PL Hora Servicio: 18:50 P

Funcionario Entregó: Juan Bautista Documento: SPN 573

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 090919
 CÁNULA 030419
 TRAMPA DE AGUA

PAGOS

SE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
3500	\$	\$	\$3500

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)
 EXCELENTE
 BUENO
 REGULAR
 MALO
 MUY MALO
Excelente.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: Blanca Rocio Medina Aguirre
 Documento: 20972108 Parentesco: Abuela
 Teléfono: 3142092657 Cel: 3142092657
 Dirección Actual: Cra 6 # 3-235 Conjunto Portochudo Cera 23

Firma: [Firma] Huella: