

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	ISABEL GUERRA	Documento	1141527926	Dirección	Cll 116 # 706-94
Entidad	COMPENSAR	Teléfono	3114495763	Consumo	
Solicitante	MARCO GUERRA	Parentesco	PADRE	Teléfono	3114495763

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130494520	ENTREGA INICIAL	CONCENTRADOR CON RESPALDO
130494521	ENTREGA	PORTATIL PERMANENTE

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO													
Códigos Equipos Entregados							Códigos Equipos Recogidos						
CONCENTRADOR	5	1	1	2	7	0	CONCENTRADOR						
C. RESPALDO	1	1	1	0	0	0	C. RESPALDO						
REGULADOR 540	2	1	0	6	0	0	REGULADOR 540						
C. PORTATIL	A	F	6	6	1	0	C. PORTATIL						
REGULADOR 870	1	9	0	1	0	0	REGULADOR 870						
CARRITO P.	C	D	6	1	9	6	CARRITO P.						

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO													
CONCENTRADOR	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

REPORTE DE DAÑOS											
Daño/Perdida			Daño/Perdida			Daño/Perdida			Daño/Perdida		
V/unit	Cant		V/unit	Cant		V/unit	Cant		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 LOS EQUIPOS PROBADOS Y REVISADOS EN PERFECTAS CONDICIONES. SE ENTREGA CÁNULA Y HUMIDIFICADOR NUEVOS EN BUEN ESTADO.	Hora Servicio	14:50
-------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	-------

Funcionario Entrega: ANDRÉS LOPEZ Documento: 625

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS	CONSUMIBLES RECIBIDOS
Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)
FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. ORDEN MÉDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.	HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CÁNULA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

PAGOS CALIDAD DEL SERVICIO

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)								
<table border="1"> <tr> <th>Cuota Moderadora</th> <th>Daño Equipo</th> <th>Otros Pagos</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$</td> <td>\$</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$	\$	\$	\$	EXCELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BUENO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MALO <input type="checkbox"/> MUY MALO <input type="checkbox"/>
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$	\$	\$	\$						

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, 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.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre	ANGELA GUERRA GUERRA	Firma		Huella	
Documento	52006379	Parentesco:	TI		
Teléfono	300122324	Cel:	2712708		
Dirección Actual	Calle 116 No 706-94				

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

Nombre Comodante: OXIPRO S.A.S "OXIPRO" **ANDRES LOPEZ** Fecha: **30 8 22**

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)

Nombre Comodatario: **ISABELLA GUERNA.** Documento Identidad: **1141527926.**
Dirección Comodatario: **CIL 116 # 70F-94** Tel Comod: _____
Dirección Ubicación Equipo: **CIL 116 # 76 F-94** Tel Ubicac: **3114495763.**
Descripción Ubicación Equipos: Paciente Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro
Ciudad: **BOGOTÁ.** Departamento: **CIMARCA.**
Flujo (L/min): _____ Horas: _____ 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: **M** Documento Identidad: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Ciudad: _____ Departamento: _____
Parentesco: Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1 Nombre: **MARCO GUERRA.** Dirección: **CIL 116 # 70C-94.**
Teléfono: **3114495763.** Celular: _____ Parentesco: **PAPRE.**
Empresa: _____ Dir. Empresa: _____ Tel. Empresa: _____

2 Nombre: **ANGELA GUERNA** Dirección: **CIL 116 # 70G-94**
Teléfono: _____ Celular: **3002122525** Parentesco: **TIA.**
Empresa: _____ Dir. Empresa: _____ Tel. Empresa: _____

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES		
Concentrador	511270003	4 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	CP6196.		
Cilindro de Respaldo	181685099	1 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>			
Regulador de Cilindro	21040096	0,15 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>			
Cilindro Portátil	HFGC1049	0,35 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>			
Regulador C Portátil	190100672	0,18 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>			
INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR	COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES		
	Panel	0,71 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Filtros	0,01 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Flujometro	0,35 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Cable	0,01 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Ruedas	0,04 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>			
Cabina			<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>				
INSUMO	Humidificador	51	Cánula	51	Carrito	51	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@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 medicamentosa, 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): **ANDRES LOPEZ**
Nombre Comodante (Representante): **JAME ANDRES LOPEZ.**
Documento Identidad (Representante): **1012369002**

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: *Angela Guerna*
Nombre de el Comodatario: **ANGELA GUERNA USUEGAS**
Documento Identidad del Comodatario: **52006374**

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad:	BOGOTA	Fecha:	130 B 22	Hora:	14:53
Nombre del Paciente:	ISABELLA GUERRA			Documento Identidad:	1141527916
Nombre Responsable Paciente:	ANGELA GUERRA			Documento Identidad:	52006379
Nombre Funcionario:	ANDRES LOPEZ			Documento Identidad:	1012369002

CAPACITACION

OXIPRO S.A.S. ha sido el proveedor encargado por su EPS para suministrar el servicio de Oxígeno Medicinal Formulado por su Médico. Los clientes de Oxígeno y/o concentrador encontrarán algunas instrucciones y recomendaciones a tener en cuenta para el adecuado y correcto funcionamiento de su servicio a través de la prestación del servicio.

La entrega de cilindro portátil deberá efectuarse en la sede de atención al usuario más cercana a su domicilio.

SEDES DE ATENCION AL USUARIO

sede	Dirección	Lunes a Viernes	Sábados
Choquequirao	Carrera 26 No. 7-26 Zona Industrial La Bodega Mercaderes X Bodega 4	8:00 am a 12:00 m y 2:00 Pm a 6:00 pm	8:00 am a 1:00 pm
Maracana	Carrera 21 No. 23-21 Edificio Terracota	8:00 am a 2:30 pm	8:00 am a 11:30 am
Armenia	Calle 7 No. 23-48 Edificio Torres de Granito 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

Consulte o consulte con un cargo adicional por envío, comunicándose a nuestra Línea de Atención al Usuario.

LINEAS DE ATENCION AL USUARIO

Sección	Teléfono	Lunes a Viernes	Sábados	Emergencias 24 horas
Bogotá	5469062	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	5469062
Eje Caquetano	8302770-3601611	8:00 am a 6:00 pm	8:00 am a 12:00 m	314 7912002

- Si la Autorización de Servicio 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 entregado en el tiempo indicado, generará costo de multa por cada día adicional que el cilindro portátil se encuentre en poder del Usuario.
- Cuando la Autorización de servicio 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 1ra. recarga dentro del mismo mes, se realizará el cobro de la misma.
 - Los recargas deben efectuarse directamente en la Sede de Atención al Usuario.
- Para cualquier servicio de soporte técnico, cambio de Insuflador (Pneumofiltro, cámara, trampa de agua), recargas de cilindros de respaldo deben comunicarse a la LINEA DE ATENCION AL USUARIO.

(Continúa Página 2)

DECLARACION DE CAPACITACION

Yo ANGELA GUERRA con cédula de ciudadanía N° 52006379 que soy atendida por OXIPRO S.A.S. con la autorización de la EPS COMPENSAR o en mi calidad de acudiente Yo MARCO GUERRA con cédula de ciudadanía N° _____

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 ajeros 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 MANEJO DATOS: En cumplimiento de Régimen General de Protección de Datos, reglado por la Ley 1581 de 2013 y sus Decretos reglamentarios, con el ingreso de mis datos personales en el presente Contrato, autorizo de manera voluntaria, expresa y reformada a OXIPRO S.A.S. identificada con NIT 900.481.5114-0 y dirección electrónica proteccion@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 autorizada para recolectar, consultar, almacenar, usar, circular, compartir, comunicar, procesar, actualizar, mover, transferir, transmitir, divulgar, suministrar y disponer mis datos personales así suministrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto social de la Compañía y en especial para Capacitación, atención al cliente, programas de promoción y marketing, registro de eventos organizados, gestión de tributos médicos y medicamentos, Encuestas de Opinión, atención al cliente (gestión PQRD), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares, Servicio de mantenimiento de equipos, Consultas de actualización de datos e información de contacto 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 ingresado para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S. lo he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

FIRMAS DE LA DECLARACION

Firma Paciente:	Firma Responsable del Paciente:	Firma Funcionario:
	<i>Andrés López</i>	ANDRES LOPEZ