

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO			
Ciudad	Manizales	Fecha	22 07 2022
Nombre del Paciente	Maria Peña	Documento Identidad	13.04 29.923429
Nombre Responsable Paciente	Luisa Fernanda Saldamiga	Documento Identidad	34.001859
Nombre Funcionario	Juan Pablo Rodriguez	Documento Identidad	1.088.011.256

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	Sábado
Dosquebradas	Carrera 2A No. 7-35 Zona Industrial La Badea Manzana 4 Bodega 4	Lunes a Viernes 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	Emergencias 24 horas
Bogotá	6446062	Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm	6446062
Eje Cafetero	3302770-3401511	8:00 am a 6:00 pm	314 7912353

- Si la Cafetero 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 N° _____ que soy atendido por OXIPRO S.A.S con la autorización de la EPS _____ o en mi calidad de acudiente Yo Luisa Fernanda Saldamiga con cédula de ciudadanía N° 34.001.859

responsable del paciente nombrado anteriormente quien presenta impedimento físico; Declaro que he recibido capacitación sobre el manejo y seguridad de los equipos entregados por OXIPROS.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@oxiproas.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 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.

FIRMAS DE LA DECLARACION

Firma Paciente: _____ Firma Responsable del Paciente: Luisa Fdo Saldamiga Firma Funcionario: Juanpablo Rodriguez



OXÍGENOS MEDICINALES
NIT. 900.481.014-0

Nº
 OX-CC **018045**

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-SED-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" **Juan Pablo Rodriguez** Fecha: **22 07 2022**

II. DATOS COMODATARIO (PACIENTE)

Nombre Comodatario: **Maria Peña** Documento Identidad: **29923429**
 Dirección Comodatario: **Cl 68 # 9-19 fund. Guadalupe** Tel Comod: **3123849664**
 Dirección Ubicación Equipo: **Cl 68 # 9-19 fund. Guadalupe** Tel Ubicac: **3923419975**
 Descripción Ubicación Equipos: Paciente Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro **Fundación**
 Ciudad: **Manizales** Departamento: **Caldas**
 Flujo (L/min): **2L** Horas: **24H** EPS: **N. EPS.** Nivel IBC: **1**

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: **Luisa Fernanda Saldarriaga** Documento Identidad: **34001859**
 Dirección: **Cl 68 # 9-19 fund. Guadalupe** Teléfono: **3122012729**
 Ciudad: **Manizales** Departamento: **Caldas**
 Parentesco: Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro **Administradora del hogar**

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1 Nombre: **Juan Beinoso Duque** Dirección: **Cl 68 # 9-19 fund. Guadalupe**
 Teléfono: **3023419975** Celular: **1093827718** Parentesco: **Administrador del hogar**
 Empresa: **Administradora** Dir. Empresa: **-** Tel. Empresa: **-**

2 Nombre: **Liliana Peña** Dirección: **cra 17 # 25-39 B/ San José - Manizales**
 Teléfono: **cc. 30397080** Celular: **3045612379** Parentesco: **Sobrino**
 Empresa: **Amade Casa** Dir. Empresa: **-** Tel. Empresa: **-**

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	UN-25330	4 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cilindro de Respaldo	JBY1-044	1 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador de Cilindro	ST0404467	0,15 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cilindro Portátil	AS2088106	0,35 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador C Portátil	A2021090526	0,18 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	

COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Panel	0,71 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Filtros	0,01 (SMLV)	3	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cable	0,01 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ruedas	0,04 (SMLV)	4	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cabina	-	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	

INSUMO	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Humidificador	1	B	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cánula	1	B	<input checked="" type="checkbox"/>	
Carrito	1	B	<input checked="" type="checkbox"/>	
Trampa de Agua	1	B	<input checked="" type="checkbox"/>	

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 proteccionedatos@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 a los fines mencionados, 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): **Juan Pablo Rodriguez**
 Nombre Comodante (Representante): **L.088 011256**
 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: **Luisa Fernanda Saldarriaga**
 Nombre de el Comodatario: **Luisa Fernanda Saldarriaga**
 Documento Identidad del Comodatario: **34001859**

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: maría penna Documento: 29923429 Dirección: c/1168#9-19 B/La Sultana Fecha: 22/07/22
Entidad: NUEVA EPS Teléfono: 3123849664 Consumo: _____ Asignación: _____
Solicitante: JOAN REINOSA Parentesco: _____ Teléfono: 3023419975

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación

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	5	3	3	B	H	1	9	3	2	1
C. RESPALDO	J	R	Y	1	-	0	4	4						
REGULADOR 540	2	1	0	4	0	4	4	6	7					
C. PORTATIL	A	S	2	0	0	0	0	0	6					
REGULADOR 870	R	2	0	2	1	0	9	0	5	2	6			
CARRITO P.	C	P	6	2	1	2								

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		

Valor de Daños \$ _____ Valor Pagado \$ _____

Observaciones de la Visita
(Ejemplo: Descripción del daño).
Se entregan equipos en buenas condiciones tanto físicas como funcionales revisados por el accidente. Se le informa que en caso de daño o pérdida son responsables.

Nro. Reporte _____ Recibo Manual _____ Recibo CRM _____

Funcionario Entrega: Juan Pablo Rodríguez Documento: 108801256 Hora Servicio: 13:04

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 SI
CÁNULA SI
TRAMPA DE AGUA NO

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 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: Luisa Reymunda Saldarriaga Firma: José Feb Saldarriaga
Documento: 34001859 Parentesco: administradora
Teléfono: 3122012729
Dirección Actual: c/1168#9-19 B/La Sultana

Huella: _____