

**DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO**

Ciudad	Bogotá	Fecha	19 3 22	Hora	06:50
Nombre del Paciente	Dora Lopez	Documento Identidad	41752365		
Nombre Responsable Paciente	Jeison Castiblanco	Documento Identidad	1015442036		
Nombre Funcionario	Andrés Chala	Documento Identidad	1070416300		

**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.

sede	Dirección	Horario de atención	
		Lunes a Viernes	Sábado
Dosquebradas	Carrera 2A No. 7-35 Zona Industrial La Balsa Manzana 4 Bodega 4	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	8:00 am a 11:00 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
		Lunes a Viernes	Sábado	
Bogotá	6446062	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	6446062
Eje Cafetero	3302770-3401511	8:00 am a 6:00 pm	8:00 am a 12:00 m	314 7912353

- Si la Autorización 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 Jeison Castiblanco con cédula de ciudadanía N° 1015442036 que soy atendido por OXIPRO S.A.S, con la autorización de la EPS Nuevo EPS. o en mi calidad de acudiente Yo Nuevo EPS. 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 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 [protecciondatos@oxipro.com](mailto: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 medicamentosa, Encuestas de Opinión de 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: [Firma] Firma Funcionario: [Firma]

N°  
**OX-OV 20979**

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

Código: OX-BO-419-02  
Fecha: Agosto 04 de 2017  
Versión: 2  
Página 1 de 2

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente	Dora Lopez	Documento	41752965	Dirección	Cra 87A# 88-66	Fecha	11/3/22
Entidad	Nueva EPS	Teléfono	3213784036	Consumo	2L/24h	Admisión	
Solicitante	Jeisson Castiblanco	Parentesco	Hijo	Teléfono	3213784036		

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130458108	Visita Ubicación	

**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	7755E2019070258			CONCENTRADOR	/		
C. RESPALDO	RRD694164			C. RESPALDO			
REGULADOR 540	216-22226B			REGULADOR 540			
C. PORTATIL	210180000181			C. PORTATIL			
REGULADOR 870	1900000413			REGULADOR 870			
CARRITO P.	CP0304			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	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	/	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 realiza visita de ubicación, realizando el tramite de nueva documentación por cambio de EPS**

Hora Servicio: **06:54**

Funcionario Entrega: **SPN 147** Documento: **1074116340**

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

**RECOGIDA DE EQUIPOS**

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno 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](mailto: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 ordenes medicas 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	Jeisson Philippe Castiblanco López		Firma	Huella
Documento	1015442969	Parentesco:	Hijo	
Teléfono	3213784036	Cel:	3213784036	
Dirección Actual	Cra 87A#88-66 apt 203			

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

Nombre Comodante: OXIPRO S.A.S OXIPRO Fecha: 19 / 03 / 2022

**II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)**

Nombre Comodatario: Dora Lopez Documento Identidad: 41752788  
 Dirección Comodatario: Cra 87A 88 66 Apt 203 Tel Comod: 3213784036  
 Dirección Ubicación Equipo: Cra 87a 88 66 Apt 203 Tel Ubicac: 3213784036  
 Descripción Ubicación Equipos:  Paciente  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tio(a)  Otro  
 Ciudad: Bogotá Departamento: Cundinamarca  
 Flujo (L/min): 2. Litros Horas: 24 EPS: nueva EPS Nivel IBG:  

**III. DATOS FIRMANTE "A RUGO"**

Persona que Firma Contrato:  Paciente  "A Ruego" El numeral III debe ser diligenciado únicamente si la firma es "A Ruego"

Nombre:   Documento Identidad:    
 Dirección:   Teléfono:    
 Ciudad:   Departamento:    
 Parentesco:  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tio(a)  Otro

**IV. REFERENCIAS PERSONALES**

1 Nombre: JESSON CASTIBLANCO Dirección: Cra 87A 88 66 Apt 203  
 Teléfono: 321 378 4036 Celular:   Parentesco: Hijo  
 Empresa:   Dir. Empresa:   Tel Empresa:  

2 Nombre: Blanca Gladis Lopez Dirección: Cra 87a + 88 - 66 Apt 202  
 Teléfono:   Celular: 314.744.2147 Parentesco: Hermana  
 Empresa:   Dir. Empresa:   Tel Empresa:  

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

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	7 F 5 S E 2 0 1 9 0 7 0 2 8	4 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	CP 0304
	Marca					
	Modelo					
Cilindro de Respaldó	D 6 9 9 1 6 4	1 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
Regulador de Cilindro	R L - 2 2 2 2 6 3	0.15 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
Cilindro Portátil	2 1 0 1 8 0 8 1 8 1	0.35 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
Regulador C Portátil	1 9 0 1 0 0 4 1 3	0.18 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR	COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
	Panel	0.71 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
	Filtros	0.01 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
	Flujómetro	0.35 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
	Interruptor Encendido	0.02 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
	Cable	0.01 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
	Ruedas	0.04 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
Cabina			1	<input type="checkbox"/> M	<input 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 a protección de datos @oxipro.com.co en calidad de RE SPONSABLE, 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):    
 Nombre Comodante (Representante): Andrés Chab  
 Documento Identidad (Representante): SPW 147

**EL COMODATARIO - PACIENTE Y/O FIRMA "A RUGO" POR INCAPACIDAD FÍSICA DE EL COMODATARIO (Paciente) Y A FAVOR DE ESTE**

Marque con una X la firma que firma el presente contrato:  Paciente  "A Ruego"

Firma de el Comodatario:    
 Nombre de el Comodatario: JESSON ANTONIO CASTIBLANCO LOPEZ  
 Documento Identidad del Comodatario: 41752788