OXIPro
OXIGENOS MEDICINALES
NIT. 900.481.014-0

Nº
OX-OV 020639

ORDEN DE VISITA

LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO 3302170-3401111-3147312111

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	Alvaro Jimenez	Documento	19324975	Dirección	Carrera 124D # 133-10
Entidad	Compensar	Teléfono	313 374 76 73	Barrio	2/24
Solicitante	Matina Jimenez	Parentesco	Hermana	Teléfono	312 463 43 56

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
	Entrega cha inicial	

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	Hora Contrador	Código
			☐ Cambio ☐ Limpieza		

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

	Códigos Equipos Entregados	Códigos Equipos Recogidos
CONCENTRADOR	F S S E 2019 07 0215	
C. RESPALDO	2 0 7 1 6 0 6 1 3 6	
REGULADOR 540	R R 2 2 3 2 B B	
C. PORTATIL		
REGULADOR 870		
CARRITO P.		

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR	C. RESPALDO	C. PORTATIL	REGULADOR 540	REGULADOR 870	CARRITO
☐ ☑	☐ ☑	☐ ☑	☐ ☑	☐ ☑	☐ ☑

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 Contrador	$150.000		Adaptador Bases Humidificador	$20.000	
Filtro Externo Lateral	$5.000		Manga	$50.000		Caja de Poder	$20.000		Carrito Portatil	$20.000	
Base Concentrador	$80.000		Rodamiento	$20.000		Adaptador Humidificador	$15.000		Regulador 870	$20.000	
Rueda	$20.000		Switch de Encendido	$15.000		Panel Frontal	$80.000		Regulador 540	$20.000	
Soporte Filtro Central	$15.000		Botón de Reset	$10.000		Tapa de Filtro Interno	$20.000		Otros		

Nro. Reporte	Recibo Manual	Recibo CHM	Valor de Daños $	Valor Pagado $

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño)	Se entregan los equipos probados y revisados en perfectas condiciones.	Hora Servicio	13:56

Funcionario Entrega: Javier Cortes Documento: SPN 573

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 MEDICA	Por Orden Médica
CAMBIO	Cambio de Proveedor
AFILIACION	Estado Afiliación EPS

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR	SI
CÁNULA	SI
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/o en su 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, mutar, transferir, transmitir, depurar, suprimir y disponer mis datos personales que suministro de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto social de la Compañía y en especial para Capacitación, Historia clínica, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, geriátricos, ordenes médicas y medicamentos, Encuestas de Opinión, aplicación al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento de compromisos de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, remisión de información a los Usuarios, 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 suministrado para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S. son suministrados de forma voluntaria y es veraz.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: Alvaro Jimenez Jimenez	Firma	Huella
Documento: 19324975 Parentesco: Paciente	Alvaro Jimenez Jimenez	
Teléfono: Cel: 313 374 76 73		
Dirección Actual: Carrera 124D # 133-10		

Escaneado con CamScanner

OXPro
OXIGENOS MEDICINALES
NIT. 900.481.014-0

N° [illegible]

OX-CC 016636

CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES

LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 6446062
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO [illegible]

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

Nombre Comodante	OXIPRO S.A.S (OXIPRO)	Fecha	24	3	22

II. DATOS COMODATARIO – (PACIENTE)

Nombre Comodatario	Alvaro Jimenez	Documento Identidad	19 324975
Dirección Comodatario	Carrera 124 D N 133-10	Tel Celular	313 3747623
Dirección Ubicación Equipo	Carrera 124 D N 133-10	Tel Fijo	313 374 7638
Descripción Ubicación Equipo	X Paciente / Padre / Madre / Hijo(a) / Hermano(a) / Sobrino(a) / Tio(a) / Otro		
Ciudad	Bogota	Departamento	Cundinamarca
Flujo (Litros)	2 Horas 24	EPS	Compensar
		Nivel SISBEN	

III. DATOS FIRMANTE "A RUEGO"

Persona que Firma Contrato	☐ Paciente ☐ "A Ruego" El numeral III debe ser diligenciado unicamente 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	Maria Jimenez	Dirección	Carrera 124 D N 133-10
Teléfono		Celular	312.463 43 56
Parentesco	Hermana		
Empresa		Dir Empresa	
Tel Empresa			
2 Nombre	Carmen Jimenez	Dirección	Carrera 124 D N 133-10
Teléfono		Celular	313 457 6166
Parentesco	Hermana		
Empresa		Dir Empresa	
Tel Empresa			

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL. COMIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	7F5SE7C19 90718 / Marca / Modelo	4 (SMLV)	1	B / M		
Cilindro de Respaldo	2071606136	1 (SMLV)	1	B / M		
Regulador de Cilindro	RR22328	0.15 (SMLV)	1	B / M		
Cilindro Portatil		0.36 (SMLV)		B / M		
Regulador C Portatil		0.18 (SMLV)		B / M		

INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR

COMPONENTE	VL. COMIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Panel	0,73 (SMLV)	1	B / M		
Filtros	0,01 (SMLV)	3	B / M		
Flujometro	0,35 (SMLV)	1	B / M		
Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	B / M		
Cable	0,01 (SMLV)	1	B / M		
Ruedas	0,04 (SMLV)	4	B / M		
Cabina	-	1	B / M		

INSUMO	Humidificador	Canula	Carrito	Trampa de Agua

AUTORIZACIÓN HABEAS DATA En cumplimiento de la Ley General de Habeas Data, regulado por la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, como el suscrito de los 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 [illegible] 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, suministrar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprimir y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto de la Compañía y en especial para Capacitación, Historial clínico, programas de promoción y prevención, seguimiento a nuestros diagnósticos, gestión de terapias, tratamientos y medicamentos, Encuestas de Calidad, atención al cliente, gestión PQRS, procedimientos administrativos, cumplimiento del cumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a entidades, Servicios de alertamiento 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 cobro, Recuperación de cartera que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S sobre sus datos de forma voluntaria y es verídica.

EL COMODANTE – OXIPRO S.A.S	EL COMODATARIO – PACIENTE y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FISICA DE EL COMODATARIO (Paciente) Y A FAVOR DE ESTE
Firma del Comodante (Representante): Junior Cortés	Marque con una X la figura que firma el presente contrato: X Paciente / "A Ruego"
Nombre Comodante (Representante):	Firma de el Comodatario: Alvaro Jimenez
Documento Identidad (Representante): SPN573.	Nombre de el Comodatario: Alvaro Jimenez
	Documento Identidad del Comodatario: 19 324 975

Escaneado con CamScanner

OXIPRO
ORIENTADOS MEDICINALES
NIT 900.481.014-0

Nº	DECLARACION DE CAPACITACION
OX-DC 017115	LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520 LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO 3302770-3401511-3187812353

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	Bogota	Fecha	24 3 2022
Hora	13:56		
Nombre del Paciente	Alvaro Jimenez	Documento Identidad	19324975
Nombre Responsable Paciente	Marina Jimenez	Documento Identidad	41614241
Nombre Funcionario	Javier Cortes	Documento Identidad	SPN 573

CAPACITACIÓN

OXIPRO S.A.S, ha sido el proveedor encargado por su EPS para brindarle el servicio de Oxígeno Medicinal formulado por su Médico. En nombre de 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: Lunes a Viernes	Horario de atención: Sábado
Dos Quebradas	Carrera 26 No. 7-36 Zona Industrial La Badina 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 1:30 pm	8:00 am a 11:30 am
Armenia	Calle 14 No. 21-48 Edificio Torre de Granada Local 5	8:00 am a 11:30 am y 2:00 pm a 6:00 pm	8:00 am a 12:00 m
Bogotá	Carrera 32 No. 21-32 Oficina 702	8:00 am a 11:30 pm y 2:00 pm a 6:00 pm	8:00 am a 1:30 pm

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

LINEAS DE ATENCIÓN AL USUARIO

Seccional	Teléfono	Horario de atención: Lunes a Viernes	Horario de atención: Sábado	Emergencias 24 horas
Bogotá	6440082	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	6440082
Eje Cafetero	3302770-3401511	8:00 am a 6:00 pm	8:00 am a 12:00 m	314 7812353

- Si la Autorización de Servicio es 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 servicio expedida por la EPS corresponde a un Cilindro Portátil Permanente debe tener en cuenta:
  - Tiene derecho a 1 recarga 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 debe comunicarse a la LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO.

(Continúa Página 2)

DECLARACION DE CAPACITACION

Yo Alvaro Jimenez con cédula de ciudadanía Nº 19324975 Campoalegre que soy atendido por OXIPRO S.A.S, con la autorización de la EPS _____ en mi calidad de acudiente o _____ con cédula de ciudadanía Nº _____ 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 flujo de consumo de Oxígeno Medicinal, formulado por el médico tratante.
- Realizar el procedimiento para graduar los equipos al nivel de 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 ó 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 de 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 Formato, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S identificada con N.I.T 900.481.014-0 y dirección electrónica protecciondedatos@oxipro.com.co 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, transmitir, procesar, actualizar, crear, transferir, transmitir, reportar, 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, historia clínica, programas de promoción y prevención, registro de eventos Sociodemográficos, 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, formación de información a los titulares, Servicios de entrenamiento, de manejo, Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones, Control de inventarios, Gestión de cobro. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S son veraces, ciertos y verídicos.

FIRMAS DE LA DECLARACION

Firma Paciente:	Firma Responsable del Paciente:	Firma Funcionario:
Alvaro Jimenez		Javier Cortes

Escaneado con CamScanner