

Nº                       
**OX-OV 020799**

**ORDEN DE VISITA**  
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

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	MERCEDES OCHOA	Documento	20151369	Dirección	CALLE 66 SUR # 24 16. Fecha: 26/08/17
Entidad	COMPENJAR.	Teléfono	3167169178	Consumo	2x 24.
Solicitante	GLORIA SANCHEZ	Parentesco	HITA	Teléfono	3167169178

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden		Observación
	ENTREGA INICIAL.	CONCENTRADOR.
	ENTREGA	PORTATIL. PERMANENTE.

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO																															
Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos																									
CONCENTRADOR	7	F	5	A	B	2	0	1	9	0	2	0	1	7	3	CONCENTRADOR															
C. RESPALDO																C. RESPALDO															
REGULADOR 540																REGULADOR 540															
C. PORTATIL	0	B	6	4	6	1	4	3							C. PORTATIL																
REGULADOR 870	0	4	0	6	2	9									REGULADOR 870																
CARRITO P.	C	P	1	2	8	9									CARRITO P.																

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

REPORTE DE DAÑOS											
Daño/Perdida	V/unidad	Cant	Daño/Perdida	V/unidad	Cant	Daño/Perdida	V/unidad	Cant	Daño/Perdida	V/unidad	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 REVISADOS EN PERFECTAS CONDICIONES DE ENTREGA (ANLJA Y HUMIDIFICADOR NUEVOS EN PERFECTAS CONDICIONES).**

Funcionario Entrega: **CRISTIAN MARTINEZ** Documento: **SPN 145**

**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)
<b>FALLECIMIENTO</b> Fallecimiento del Paciente. <b>VOLUNTARIA</b> Devolución Voluntaria. <b>ORDEN MÉDICA</b> Por Orden Médica. <b>CAMBIO</b> Cambio de Proveedor. <b>AFILIACIÓN</b> Estado Afiliación EPS.	HUMIDIFICADOR <input checked="" type="checkbox"/> SI CÁNULA <input checked="" type="checkbox"/> SI TRAMPA DE AGUA <input checked="" 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>\$ 71400</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 71400.</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$ 71400	\$ 0	\$ 0	\$ 71400.	<b>EXCELENTE</b> EXCELENTE. <b>BUENO</b> <b>REGULAR</b> <b>MALO</b> <b>MUY MALO</b>
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$ 71400	\$ 0	\$ 0	\$ 71400.						

**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 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 <b>GLORIA E. SANCHEZ OCHOA</b> Documento <b>51709767</b> Parentesco: <b>HITA</b> Teléfono <b>3167169178</b> Cel: <b>                    </b> Dirección Actual <b>CALLE 66 SUR # 24-16.</b>	Firma <b>GLORIA E. SANCHEZ</b> Huella <b>                    </b>

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

Nombre Comodante	OXIPRO S.A.S "OXIPRO" <b>MIGUEL SANTOS</b>	Fecha	26	03	2022
------------------	--	-------	----	----	------

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

Nombre Comodatario	MERCEDES OCHOA RODRIGUEZ	Documento Identidad	cc 20151365		
Dirección Comodatario	CL 66 SUR # 24-16	Tel Comod	3167169178		
Dirección Ubicación Equipo	CL 66 SUR # 24-16	Tel Ubicac			
Descripción Ubicación Equipos	<input checked="" type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Otro				
Ciudad	BOGOTÁ	Departamento			
Flujo (L/min)	2 L	Horas	24 H	EPS	COMPENSAR
				Nivel IBC	

**III. DATOS FIRMANTE "A RUEGO"**

Persona que Firma Contrato	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> "A Ruego" El numeral III debe ser diligenciado únicamente si la firma es "A Ruego"				
Nombre	GLORIA ESPERANZA SAUCHEZ	Documento Identidad	51709767		
Dirección	CL 66 SUR # 24-16	Teléfono	3167169178		
Ciudad	BOGOTÁ	Departamento	CUNDINAMARCA		
Parentesco	<input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Otro				

**IV. REFERENCIAS PERSONALES**

1	Nombre	DIRECCIÓN	Teléfono	Celular	Parentesco
	GEORJANY ROVEDA	CL 66 SUR # 24-16		3133673227	NIETO
	Empresa	Dir. Empresa	Tel. Empresa		
	CRI				
2	Nombre	DIRECCIÓN	Teléfono	Celular	Parentesco
	CRISTIAN ROVEDA	CL 66 SUR # 24-16		3112067435	NIETO
	Empresa	Dir. Empresa	Tel. Empresa		

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

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	FFSAB2019020173	4 (SMLV)	1	R M	<input checked="" type="checkbox"/>	CP 1289
	Marca					
	Modelo					
Cilindro de Respaldo		1 (SMLV)		B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador de Cilindro		0,15 (SMLV)		B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cilindro Portátil	DB646143	0,35 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador C Portátil	040629	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	Humidificador	1	Cánula	1	Carrito	1	Trampa de Agua	0
--------	---------------	---	--------	---	---------	---	----------------	---

**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 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.

<b>EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S</b>	<b>EL COMODATARIO - PACIENTE y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FISICA DE EL COMODATARIO (Paciente) Y A FAVOR DE ESTE</b>
Firma del Comodante (Representante)	Marque con una X la figura que firmará el presente contrato <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> "A Ruego"
Nombre Comodante (Representante)	Firma del Comodatario
Documento Identidad (Representante)	Nombre de el Comodatario
	Documento Identidad del Comodatario

**DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO**

Ciudad	BOGOTÁ	Fecha	26 3 2022	Hora	
Nombre del Paciente	MERCEDES OCHOA			Documento Identidad	20151.365
Nombre Responsable Paciente	GLORIA ESPERANZA SANCHEZ R			Documento Identidad	51709767
Nombre Funcionario	CRISTIAN MARTINEZ			Documento Identidad	SPN-145

**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	
		Lunes a Viernes	Sábado
Dosquebradas	Carrera 2A No. 7-35 Zona Industrial La Badea 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	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
		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 (humidificador, 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 \_\_\_\_\_ 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 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@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 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.

**FIRMAS DE LA DECLARACION**

Firma Paciente:	Firma Responsable del Paciente: GLORIA E. SANCHEZ R	Firma Funcionario: CRISTIAN MARTINEZ
-----------------	--	---