



Nº
OX-OV 21342

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

Código: OX-ORD-FR-02
Fecha: Agosto 08 de 2017
Versión: 2
Página 1 de 2

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN			
Paciente	MARIA NOUVA	Documento	70315282
Entidad	FAMIDANAR	Teléfono	300 238 0270
Solicitante	JON WADINO	Parentesco	HITO
		Dirección	CALLE RAFA # 130 44 Fecha 22/09/22
		Consumo	
		Teléfono	300 238 0270

ORDEN DE SERVICIO			
Nro. Orden	730499624	Tipo de Servicio	ENTREGA INICIAL
		Observación	CONCENTRADOR PORTATIL Y CONCENTRADOR CON RESPALDO

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	7 F 5 E 201811000154	CONCENTRADOR	
C. RESPALDO	0 3 1 8 0 0 4	C. RESPALDO	
REGULADOR 540	7 1 0 4 0 4 7 9	REGULADOR 540	
C. PORTATIL		C. PORTATIL	
REGULADOR 870		REGULADOR 870	
CARRITO P		CARRITO P	

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO			
CONCENTRADOR	<input type="checkbox"/>	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>
C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>
REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/>	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/>

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 entregan los equipos programados. Revisado en perfecto estado por
 se realiza corrección de papetería. Se avisa OS 21314
 se entrega concentrador portatil. # CBB021851015 # 2077480394.
 Funcionario Entrega: CRISTIAN MARTINEZ Documento: SPN 573
 Hora Servicio: 12:15

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 MEDICA Por Orden Médica CAMBIO Cambio de Proveedor AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.	HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/> CÁNULA <input type="checkbox"/> TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/>

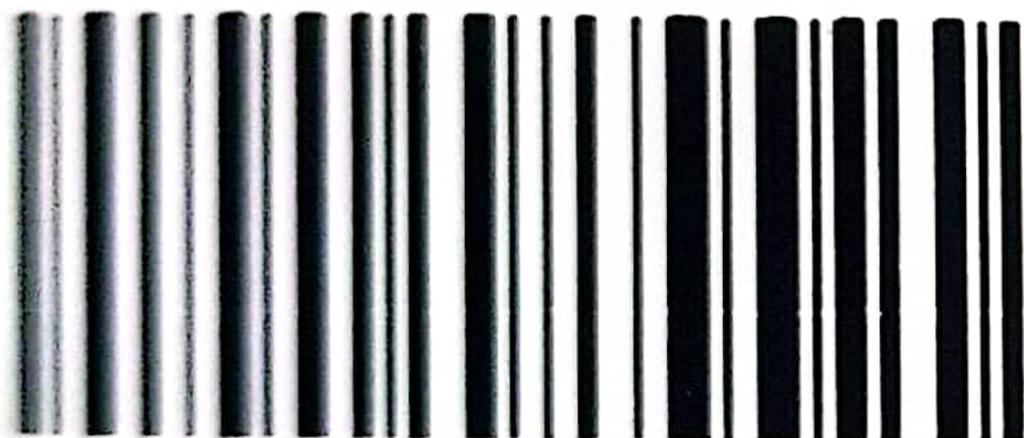
PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO								
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)								
<table border="1"> <tr> <th>Cuota Moderadora</th> <th>Daño Equipo</th> <th>Otros Pagos</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> <td>\$ 0</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO <u>Servicio Bueno.</u>
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 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 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, suplir 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 exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y medicamentos, Encuestas de Opinión, atención al cliente (gestión PQR'S), 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: Mery Iudino Firma: Mery Iudino
 Documento: 39699015 Parentesco: Hija
 Teléfono: 3009009201 Cel.:
 Dirección Actual: Cra 17ª N° 135-94
 Huella:

OXIPRO SAS BATERIA



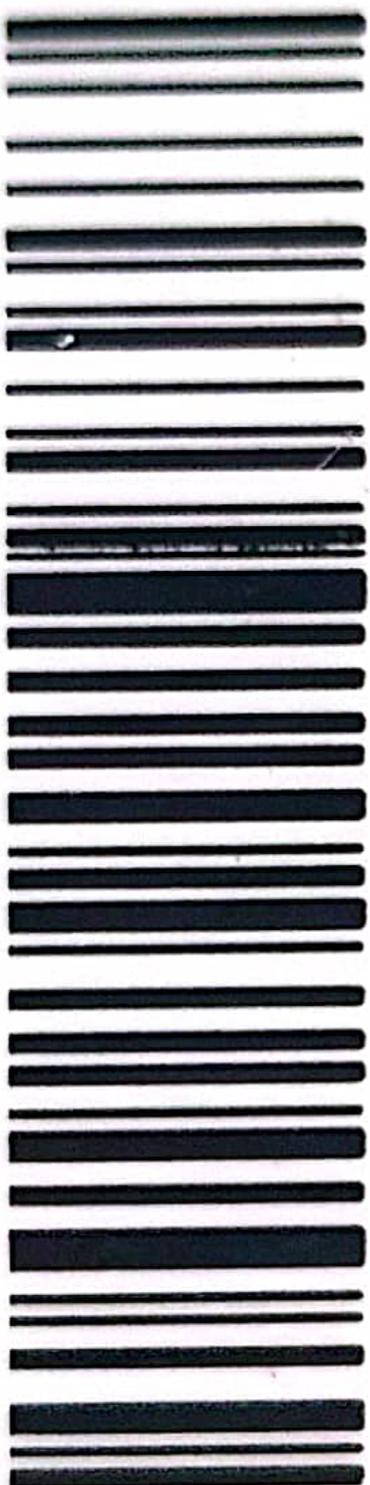
2017430384

Fecha 06/08/2022

Bogota 425 0520 – Pereira 330 2770

OXIPRO

Concentrador Portátil



CBBA218519115

13/09/2019

Pereira 330 2770 - Bogotá 4320520


**DECLARACION DE CAPACITACION
CONCENTRADOR PORTÁTIL**

FORMATO

GOL-SED-FR-05

Versión: 1

Actualización:
07/07/2017

Página 1 de 1

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	BOGOTA	Fecha	27	04	2017	Hora	
Nombre del paciente	MARIA NOJOA	Documento identidad	20315282				
Nombre responsable paciente		Documento identidad					
Nombre funcionario	CRISTIAN MARTINEZ	Documento identidad	1019103078				

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, indicándole a continuación algunas instrucciones y recomendaciones a tener en cuenta para el adecuado y correcto funcionamiento de su servicio.

DECLARACIÓN DE CAPACITACIÓN

Yo (Paciente) MARIA NOJOA identificado con documento No. 20315282
atendido(a) actualmente por OXIPRO S.A.S. conforme lo indica la autorización de la EPS No. _____ o en mi calidad de
acudiente Yo MERY (AQUINO) identificado con documento No. 39649015
responsable del paciente nombrado anteriormente, declaro que he recibido capacitación sobre el manejo y seguridad del dispositivo
médico entregado por OXIPRO S.A.S., y que además:

- He comprendido la información suministrada.
- Tengo claridad sobre el funcionamiento del equipo.
- Me encuentro en la capacidad de identificar en la orden médica el nivel de consumo de oxígeno medicinal formulado por el médico tratante.
- Puedo 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 del concentrador de oxígeno.
- Conozco los riesgos inherentes a la manipulación de Oxígeno Medicinal.
- Declaro que fui lo suficientemente informado sobre la incompatibilidad del uso de oxígeno generado por el concentrador frente a productos como grasas, gasolina, aceites y derivados.
- Conozco el número de contacto y horario dispuesto por la compañía para Atención al Cliente:

Sede: lunes a viernes 8:00 a.m. a 1:30 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m.

Línea de Atención al Cliente: 644 6062

Solicitud de servicios: 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Emergencias: 7:00 p.m. a 7:00 a.m.

- Adquiero el compromiso de comunicarme a la línea de Atención al Cliente: 644 6062, toda vez que se presente un evento de riesgo o incapacidad en la manipulación del equipo.
- Declaro que no permitiré el uso o manipulación del concentrador por terceros NO beneficiarios (paciente) del servicio.

OXIPRO S.A.S. queda absuelta de toda 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, efectúan nuestros funcionarios.

PACIENTE	RESPONSABLE DEL PACIENTE	FUNCIONARIO OXIPRO S.A.S.
Firma: _____	Firma: <u>Mery Ladino.</u>	Firma: <u>CRISTIAN MARTINEZ</u>

RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD

IMPORTANTE: El equipo siempre se debe ajustar al consumo recetado por su médico. No hacerlo puede representar riesgos para su salud.

- No fumar en el Hogar. Fumar es además muy perjudicial para la salud.
- El oxígeno no es combustible, pero puede ser inflamable (aviva violentamente cualquier fuente de fuego), por ello es importante no colocar el aparato cerca de fuentes de calor (cocinas, estufas, radiadores, aparatos eléctricos, etc.).
- El equipo no debe cubrirse ni deben colocarse objetos sobre este.
- Se recomienda no utilizar cremas de mano ni facial, aerosoles, ungüentos, disolventes ni productos grasos en presencia de oxígeno.
- Las cánulas nasales no deben sobrepasar los 15 metros y no deben tener uniones (para evitar fugas).
- No se debe aumentar o disminuir NUNCA el flujo prescrito por el médico ni manipular el equipo de oxígeno.
- Mantener el aparato y sus accesorios (máscaras, cánulas nasales) en buen estado y sustituirlos por unas nuevas cuando se requiera.



CARTA DE ACEPTACIÓN PAGARÉ

FORMATO

GOL-SED-FR-07

Versión: 1

Actualización:
07/07/2017

Página 1 de 1

Número

yo, Mery ladino N., mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio, manifiesto que para los efectos señalados en el artículo 622 del código de comercio, autorizo expresa e irrevocablemente a OXIPRO S.A.S. o a quien esta empresa designe, para llenar sin previo aviso los espacios en blanco del pagaré No. _____, así:

1. El valor del pagaré será igual a todas las sumas de dinero que se adeuden a OXIPRO S.A.S., con relación al contrato de responsabilidad de equipos suscrito el día _____.
NOTA: los valores sufrirán modificaciones de acuerdo a los precios vigentes en el almacén, en el momento de hacer efectivo el pago de cualquiera de los elementos.
2. La fecha de creación y vencimiento del pagaré será aquella en la que se diligencien los espacios en blanco.
3. El lugar para efectuar el pago será en la sede de atención al cliente de OXIPRO S.A.S., y/o en el lugar que indique dicha empresa.
4. El pagaré así diligenciado presta mérito ejecutivo y será exigible sin más requisitos, ni requerimientos.
5. Se deja constancia que, en mi poder queda copia de la presente carta de instrucciones.
6. Los gastos originados por concepto de impuestos de timbre correrán a mi cargo.

Para constancia, se firma en la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ del año _____.

INFORMACIÓN DE QUIEN ACEPTA TÉRMINOS DE PAGARÉ

Nombre: Mery ladino .

Firma

Huella

Documento: 39644015 Parentesco: Hija .Teléfono: 3001004261 Cel: _____Dirección: Cra 17ª N° 135-44 .EPS: Famisanar .Cotizante _____ Beneficiario EPS-S _____Mery ladino .

OXI-00044

 OXIPro OXIGENOS MEDICINALES	PAGARÉ	FORMATO	
		GOL-SED-FR-08	
		Versión: 1	Actualización: 07/07/2017
		Página 1 de 1	

Número		Fecha de vencimiento	dd	mm	aaaa
Valor	Equipo	Código			

YO, Mery Ladino N., mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio, manifiesto que pagaré solidaria e incondicionalmente a la orden de OXIPRO S.A.S., en la ciudad de Bogotá, en sus oficinas de atención al cliente ubicadas en la Carrera 12 No. 71-32 Of. 702, la suma de

(\$ _____), MTE, así como cualquier otra suma por concepto de intereses o que se derive de ella o que sea complemento de ella. En caso de mora reconoceré y pagaré intereses a la tasa máxima permitida por la ley, sin perjuicio a las demás acciones legales que la acreedora pueda ejercer. Serán de mi cargo los gastos, costos, y los honorarios de la cobranza judicial o extrajudicial. Declaro excusado el protesto del presente pagaré, así como la presentación para el pago y el aviso de rechazo.

Para constancia, se firma en la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ del año _____.

INFORMACIÓN DE QUIEN ACEPTA TÉRMINOS DE PAGARÉ		
Nombre: <u>Mery Ladino</u>	Firma	Huella
Documento: <u>39619015</u> Parentesco: <u>Hija</u>	<u>Mery Ladino</u>	
Teléfono: <u>3001009261</u> Cel:		
Dirección: <u>Cra 17ª N131-44</u>		
EPS: <u>Famisana</u>		
Cotizante _____ Beneficiario <input checked="" type="checkbox"/> EPS-S _____		

 <p>OXIPro OXIGENOS MEDICINALES</p>	CONTRATO DE COMODATO CONCENTRADOR PORTÁTIL	FORMATO	
		GOL-SED-FR-06	
		Versión: 1	Actualización: 07/07/2017
Página 1 de 2			

I. COMODANTE – OXIPRO S.A.S. (Representado por)		Fecha	27	09	2012
Nombre comodante	OXIPRO S.A.S.				

II. DATOS COMODATARIO (Paciente)					
Nombre comodatario	MARIA NUJOA	Documento Identidad	20315282		
Dirección comodatario	CA 17A # 135 44	Teléfono comodatario	317 466 06 21		
Dirección ubicación equipo	CA 17A # 135 44	Teléfono ubicación	312 466 06 21		
Descripción ubicación equipos	Paciente	<input checked="" type="checkbox"/> Padre/Madre	Hijo(a)	Hermano (a)	
	Sobrino (a)	Tío(a)	Otro	¿Cuál?	
Ciudad	BOGOTA	Departamento	CUNDINAMARCA.		
Flujo (l/min)	7.00	Horas	24	EPS	FAMILIAR.
				Nivel IBC	

III. DATOS FIRMANTE (A ruego)					
Persona que firma contrato	Paciente	A ruego	<input checked="" type="checkbox"/> *Diligencia únicamente si la firma es "A Ruego"		
Nombre	MERY IADINO.	Documento Identidad	39 649 015		
Dirección	CA 17A # 135 44.	Teléfono	3004004761		
Ciudad	BOGOTA	Departamento	CUNDINAMARCA.		
Parentesco	Padre/Madre	Hijo(a)	<input checked="" type="checkbox"/>	Hermano(a)	Sobrino(a) Tío(a) Otro ¿Cuál?

IV. REFERENCIAS PERSONALES					
1	Nombre	JOSÉ IADINO	Dirección	CA 17A # 135 44	
	Teléfono		Celular	300738 0278	Parentesco. Hijo
	Empresa		Dir. Empresa		Tel. Empresa
2	Nombre	RICARDO IADINO.	Dirección	CA 17A # 135 44.	
	Teléfono		Celular	313 802 0690	Parentesco. Hijo.
	Empresa		Dir. Empresa		Tel. Empresa

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)						
Equipo	Código	Valor CCIAL	Estado			Observaciones
Concentrador portátil	(880218510115)	12,15 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	R	M	
	Marca AIRSEP					
	Modelo FreeStyle 5 Ref. AS095-101					
Batería		0,96 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	R	M	#2017430384.
Fuente de alimentación universal CA/CC		0,90 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	R	M	
Cable de alimentación de CA		0,15 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	R	M	
Cable de alimentación de CC		0,03 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	R	M	
Bolsa de transporte concentrador + correa para el hombro		0,11 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	R	M	
Bolsa de transporte de accesorios + correa para el hombro		0,6 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	R	M	
Filtro		0,01 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	R	M	
INSUMO			Cánula			

<p>EL COMODANTE – OXIPRO S.A.S.</p> <p>Firma: <u>CRISTIAN MARTINEZ</u></p> <p>Nombre: <u>CRISTIAN MARTINEZ.</u></p> <p>Documento: <u>1014 103078</u></p>	<p>EL COMODATARIO (Paciente) y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FISICA DEL COMODATARIO Y A FAVOR DE ESTE</p> <p>Marque con una x la figura que firmará el presente contrato:</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente <input checked="" type="checkbox"/> A ruego</p> <p>Firma: <u>Mery Iadino.</u></p> <p>Nombre: <u>Mery Iadino</u></p> <p>Documento: <u>39 649 015</u></p>
---	---