

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN			
Paciente	<i>Maria Rodriguez</i>	Documento	<i>23520248</i>
Entidad	<i>Famijsonac</i>	Dirección	<i>Cl. 08 a bis Sur #49-18</i>
Solicitante	<i>Gilberto Rodriguez</i>	Consumo	<i>2 lit. 24 H</i>
		Parentesco	<i>Apfo</i>
		Telefono	<i>3015309085</i>

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
<i>130557071</i>	<i>Visita Corrección</i>	<i>Papelecia</i>

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO																
Códigos Equipos Entregados							Códigos Equipos Recogidos									
CONCENTRADOR	0	7	1	7	1	2	3	RR-20722B	CONCENTRADOR							
C. RESPALDO	2	0	7	0	5	8	4	1	4	C. RESPALDO						
REGULADOR 540	2	0	2	1	0	9	0	7	0	6	REGULADOR 540					
C. PORTATIL	H	F	3	9	1	2	6	9		C. PORTATIL						
REGULADOR 870	2	0	2	1	0	9	0	3	3	6	REGULADOR 870					
CARRITO P.	C	P	6	8	0	7				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 Contrador	\$150.000		Adaptador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Bomba Humidificador	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Carrito Portatil	\$20.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 870	\$80.000	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Regulador 540	\$80.000	
									Otros		

Nro. Reporte	Recibo Manual	Recibo CRM	Valor de Daños \$	Valor Pagado \$
Observaciones de la Visita (Ejemplo Descripción del daño).	<i>Se hace corrección de papelecia. Se entregan equipos probados y revisados en perfectas condiciones.</i>			Hora Servicio <i>9:46 AM</i>
Funcionario Entrega:	<i>Santiago Jopei</i>	Documento:	<i>SPN 147</i>	

**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)	Mé entregaron los siguientes Consumibles (Escribir Si o NO)
<b>FALLECIMIENTO</b> Fallecimiento del Paciente. <b>VOLUNTARIA</b> Devolución Voluntaria. <b>ORDEN MEDICA</b> Por Orden Médica. <b>CAMBIO</b> Cambio de Proveedor. <b>AFILIACIÓN</b> 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> <td>Cuota Moderadora</td> <td>Daño Equipo</td> <td>Otros Pagos</td> <td>Total</td> </tr> <tr> <td>\$ <i>                    </i></td> <td>\$ <i>                    </i></td> <td>\$ <i>                    </i></td> <td>\$ <i>                    </i></td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$ <i>                    </i>	\$ <i>                    </i>	\$ <i>                    </i>	\$ <i>                    </i>	EXCELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BUENO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MALO <input type="checkbox"/> MUY MALO <input type="checkbox"/>
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$ <i>                    </i>	\$ <i>                    </i>	\$ <i>                    </i>	\$ <i>                    </i>						

**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	<i>Gilberto Carrés</i>	Firma
Documento	<i>791546707</i>	Huella
Telefono	<i>3015309085</i>	
Dirección Actual	<i>Calle 68 a bis sur #49 18</i>	

N° [ ]  
OX-CC **017990**

**CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES**  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3307770-3401511-3147912353

Código: ODL-003-FR-02  
Fecha: Agosto 04 de 2017  
Versión: 1  
Página 1 de 2

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

Nombre Comodante: OXIPRO S.A.S "OXIPRO" *Santiago Lopez* Fecha: 27 05 23

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

Nombre Comodatario: *elvia Rodriguez* Documento Identidad: 23520248  
Dirección Comodatario: *cll 68 a bis Sur # 49-18* Tel Comod: [ ]  
Dirección Ubicación Equipo: *cll 68 a bis Sur # 49-18* Tel Ubicac: 3015309085  
Descripción Ubicación Equipos:  Paciente  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tío(a)  Otro  
Ciudad: *Bogota* Departamento: *Cundinamarca*  
Flujo (L/min): *2 Lt* Horas: *24 H* EPS: *Famisonor* Nivel IBC: [ ]

**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: *Gilberto Rodriguez* Documento Identidad: 79.546.707  
Dirección: *cll 68 a bis Sur # 49-18* Teléfono: 3015309085  
Ciudad: *Bogota* Departamento: *Cundinamarca*  
Parentesco:  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tío(a)  Otro

**IV. REFERENCIAS PERSONALES**

1 Nombre: *Jaime Caño* Dirección: *cll 68 a bis Sur # 49-18*  
Teléfono: [ ] Celular: *316 413 0608* Parentesco: *Hijo*  
Empresa: [ ] Dir. Empresa: [ ] Tel. Empresa: [ ]  
2 Nombre: *Nicolás Caño* Dirección: *cll 68 a bis Sur # 49-18*  
Teléfono: [ ] Celular: *3059185030* Parentesco: *Tío(a) Político*  
Empresa: [ ] Dir. Empresa: [ ] Tel. Empresa: [ ]

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

EQUIPO	CODIGO	VL CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES		
Concentrador	0717123 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Marca: <i>RR-20722B</i> Modelo: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	4 (SMLV)	[ ]	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>CP 6807</i>		
Cilindro de Respaldo	2070584114 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	1 (SMLV)	2	B M	<input checked="" type="checkbox"/>			
Regulador de Cilindro	R2021090706 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	0,15 (SMLV)	2	B M	<input checked="" type="checkbox"/>			
Cilindro Portátil	HF391269 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	0,35 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>			
Regulador C Portátil	R2021090336 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	0,18 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>			
INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR	COMPONENTE	VL CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES		
	Panel	0,71 (SMLV)	[ ]	B M	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Filtros	0,01 (SMLV)	[ ]	B M	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Flujómetro	0,35 (SMLV)	[ ]	B M	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	[ ]	B M	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Cable	0,01 (SMLV)	[ ]	B M	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Ruedas	0,04 (SMLV)	[ ]	B M	<input checked="" type="checkbox"/>			
Cabina	-	[ ]	B M	<input checked="" 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 [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 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): *[Firma]*  
Nombre Comodante (Representante): [ ]  
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: *[Firma]*  
Nombre de el Comodatario: *Gilberto Cañer Rodriguez*  
Documento Identidad del Comodatario: *79 546 707*

Nº  
**OX-DC 016115**

**DECLARACION DE CAPACITACION**  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353

Código: OX-002-FB-03  
Fecha: Agosto 04 de 2017  
Versión: 3  
Página 1 de 2

**DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO**

Ciudad	Bogotá	Fecha	27 05 22	Hora	9:46 AM
Nombre del Paciente	Mauri Rodríguez			Documento Identidad	23520248
Nombre Responsable Paciente	Gilberto Rodríguez			Documento Identidad	79546707
Nombre Funcionario	Santiago Lopez			Documento Identidad	SPH 147

**CAPACITACION**

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 efectuarse 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 Bodega 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 Tamarisco	8:00 am a 3:30 pm	9:00 am a 11:30 am
Arambala	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	6446052	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	6446052
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 \_\_\_\_\_ 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 Gilberto Rodríguez  
con cédula de ciudadanía N° 79546707

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@oxipros.com](mailto:protecciondatos@oxipros.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: \_\_\_\_\_ Firma Funcionario: \_\_\_\_\_