

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO			
Ciudad	Bogotá	Fecha	24 08 2024
Nombre del Paciente	Anaheiba Tangarife	Documento Identidad	20043135
Nombre Responsable Paciente	Guillebaldo García	Documento Identidad	19325946
Nombre Funcionario	Christian Nieves	Documento Identidad	SPN 573

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 efectuarla en la sede de atención al Usuario más cercana a su domicilio:

SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO			
sede	Dirección	Horario de atención	
Dosquebradas	Carrera 2A No. 7-35 Zona Industrial La Badea Manzana 4 Bodega 4	Lunes a Viernes	Sábado
Manizales	Carrera 21 No 23-21 Edificio Tamanaco	8:00 am a 12:00 m y 2:00 Pm a 6:00 pm	8:00 am a 1:00 pm
Armenia	Calle 7 No. 21-48 Edificio Torres de Granada Local 5	8:00 am a 3:30 pm	9:00 am a 11:30 am
Bogotá	Carrera 12 No. 71-32 Oficina 702	8:00 am a 11:30 am y 2:00 pm a 5:00 pm	8:00 am a 12:00 m
		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	Lunes a Viernes	Sábado	Emergencias 24 horas
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

DECLARACION DE CAPACITACION

Yo _____ con cédula de ciudadanía N°
FAMISANAR 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.

AUTORIZACION 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@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 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 de Paciente:	Firma Funcionario:
		Christian Nieves

N°
OX-CC 017950

CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO 3302770-3401511-3147912353

Código: OX-003-PR-03
Fecha: Agosto 24 de 2024
Página 1 de 2

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

Nombre Comodante	OXIPRO S.A.S "OXIPRO"	Fecha	24	08	2024
------------------	-----------------------	-------	----	----	------

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)

Nombre Comodatario	Anabela Tangarife	Documento Identidad	20043135
Dirección Comodatario	calle 15 # 12-19	Tel Comod	6012814199
Dirección Ubicación Equipo	calle 15 # 12-19	Tel Ubicac	
Descripción Ubicación Equipos	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre / Madre <input checked="" type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tio(a) <input type="checkbox"/> Otro		
Ciudad	Bogotá	Departamento	Cundinamarca
Flujo (L/min)	2 LFS	Horas	12 horas
EPS	Fombanar	Nivel IBC	

III. DATOS FIRMANTE "A RUEGO"

Persona que Firma Contrato	<input type="checkbox"/> Paciente <input checked="" type="checkbox"/> "A Ruego" El numeral III debe ser diligenciado únicamente si la firma es "A Ruego"		
Nombre	Gilberto García	Documento Identidad	19325946
Dirección	calle 15 # 12-19	Teléfono	3202325550
Ciudad	Bogotá	Departamento	Cundinamarca
Parentesco	<input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input checked="" type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tio(a) <input type="checkbox"/> Otro		

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1 Nombre	Alpina Hernandez	Dirección	calle 5 # 27 B - 42
Teléfono	300 6490609	Celular	3006490609
Parentesco	Nunca		
2 Nombre	Donis García	Dirección	DC 7734 123A - 85 casa 141
Teléfono	310 5676267	Celular	310 5676267
Parentesco	Hija		

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	N N 2 A 8 6 0	4 (SMLV)		X M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Marca					
Cilindro de Respaldo		1 (SMLV)		X M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador de Cilindro		0,15 (SMLV)		X M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cilindro Portátil		0,35 (SMLV)		X M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador C Portátil		0,18 (SMLV)		X M	<input checked="" type="checkbox"/>	
INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR	COMPONENTE	VL CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
	Panel	0,71 (SMLV)		X M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Filtros	0,01 (SMLV)		X M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Flujómetro	0,35 (SMLV)		X M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)		X M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Cable	0,01 (SMLV)		X M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ruedas	0,04 (SMLV)		X M	<input checked="" type="checkbox"/>		
Cabina				X M	<input checked="" type="checkbox"/>	
INSUMO	Humidificador	1	Cánula	1	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 proteccióndatos@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 mantenimiento 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, Finalización de factos que le 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 verificada.

EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S

Firma del Comodante (Representante): *C. Nieves*
Nombre Comodatario (Representante): **CRISTHIAN NIEVES**
Documento Identidad (Representante): **SPN 573.**

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 corresponda a la persona que firma:
 Paciente "A Ruego"
 Firma del Comodatario: *Gilberto García*
 Nombre de el Comodatario: **Gilberto García**
 Documento Identidad del Comodatario: **19325946 94**

Nº **OX-OV 00004**

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

Código: GCL-1
Fecha: Agosto 2019
Versión:
Página 1 de 2

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: ANABELLA TANBARI FE.
Entidad: FAMILIAR.
Solicitante: GUILLEBALDO GARCIA

Documento: 20043135.
Teléfono: 6012814199.
Parentesco: Hijo.

Dirección: CALLE 15 # 12-19.
Consumo: 2LT/12H.
Autorización:
Teléfono: 601281419

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 130662375
Tipo de Servicio: ENTREGA INICIAL DEL CONCENTRADOR.
Observación:

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: Flujo: Concentración: Filtro de aire: Cambio: Limpieza: Hora Con/traidor: Código:

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			
C. RESPALDO	NH	2	4	C. RESPALDO			
REGULADOR 540				REGULADOR 540			
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P.				CARRITO P.			

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR SI NO C. RESPALDO SI NO C. PORTATIL SI NO REGULADOR 540 SI NO REGULADOR 870 SI NO CARRITO SI 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): EL EQUIPO DE ENTREGA PROBADO Y DERIVADO EN PERFECTAS CONDICIONES DE ENTREGA Y RECIBIDO EN FAMILIAR NUEVOS Y EN BUEN ESTADO. CARRITO Y HUMIDIFICADOR NUEVOS Y EN BUEN ESTADO.

Funcionario Entrega: CRISTHIAN ALFONSO. Documento: DPN 573. Hora Servicio: 12:00

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno 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 1
CANULA 1
TRAMPA DE AGUA

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$4.500	\$	\$	\$4.500

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 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 RESPONSABLE, 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, cotejar, 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 al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras; gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares de 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: Guillebaldo García
Documento: 1432594621
Teléfono: 3202325550
Dirección Actual: Calle 15 # 12-19

Parentesco: Hijo
Cel:

Firma:

Huella:

ORDEN DE VISITA

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

Código	004-1001-FM-12
Fecha	Aguosto 04 de 2017
Version	2
Página	2 de 2

SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO		Horario de atención	
sede	Dirección	Lunes a Viernes	Sábado
Dosquebradas	Camera 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	Camera 21 No 23-21 Edificio Tamarindo	8:00 am a 8:30 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	Camera 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

LINEAS DE ATENCIÓN AL USUARIO					
Seccional	Telefono	Lunes a Viernes	Horario de atención	Sábado	Emergencias 24 horas
Bogotá	4320520	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	4320520
Eje Cafetero	3302770-3401511	8:00 am a 6:00 pm	8:00 am a 6:00 pm	8:00 am a 12:00 m	314 7912353

Cancelación Cuota Moderadora

- Recuerde que usted podrá tener acceso a nuestros servicios realizando el pago mensual de la cuota moderadora.
- Recuerde tener a mano su soporte de pago de cuota moderadora, en el momento de recibir algún tipo de servicio por parte de nuestra compañía de lo contrario solicite el respectivo recibo de pago al momento de requerir el servicio en el Call Center.
- Reclame siempre su recibo como soporte de cualquier pago o servicio realizado a su nombre.

Opciones de Pago

- Consignación Banco de Bogotá, Cuenta de Corriente: 291183275 – Con el numero de documento del paciente como referencia en la consignación
- Pago en Sede de atención al usuario

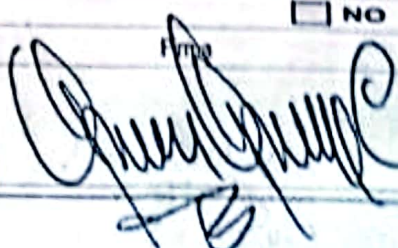
Concentrador, Cilindro de Respaldo y Recarga

- El concentrador es la fuente principal de suministro de oxigeno por lo cual es de vital importancia para el bienestar del paciente el buen funcionamiento de este equipo. El paciente debe cuidar los equipos teniendo en cuenta esta consideración. Es importante mantener el humidificador (vaso de agua) en el nivel indicado y realizarle limpiezas periódicas. Además se recomienda utilizar agua cristal manteniendo el humidificador en unas condiciones de limpieza e higiene ideal.
- El Cilindro de Respaldo debe ser usado ÚNICAMENTE, para casos de emergencia, recuerde no gastarlo innecesariamente, de el puede depender su vida.
- El Cilindro de Respaldo debe ser usado en caso que exista suspensión del suministro del fluido eléctrico o en casos en que el concentrador de oxigeno presente alguna falla en cuyo caso debe llamarse de inmediato a nuestra línea de Atención al usuario para informar el daño

Prestación del Servicio

- Si tiene alguna duda, inquietud, sugerencia o reclamo acerca de nuestro servicio, por favor comunicarse a la Línea de Atención al usuario y/o escribir al correo electrónico atencionalcliente@oxigenoensucasa.com
- Los funcionarios de Oxipro S.A.S, deben presentarse debidamente identificados, con carné y uniforme, al momento de realizar una visita; si tiene dudas o sospechas sobre el personal que atiende su servicio, por favor comunicarse inmediatamente a la Línea de Atención al usuario

AVISO: Siempre ajustar los equipos al consumo recetado por su médico.
 No hacerlo puede representar riesgos para su salud.

<input type="checkbox"/> SI		PACIENTE O ACUDIENTE PRESENTA ORDEN MEDICA		<input type="checkbox"/> NO	
L/m	No. Orden Medica	Yo declaro (Paciente o Acudiente): • Conocer el consumo recetado por el medico • Saber regular los equipos de Oxigeno al consumo recetado • Que ajustaré los equipos al consumo recetado en la Orden Médica			
Horas	Fecha OM				