

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

Código:	GCL-SED-FR-10
Fecha:	Agosto 04 de 2017
Version:	2
Página 2 de 2	

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

LINEAS DE ATENCIÓN AL USUARIO

Seccional	Teléfono	Horario de atención		Emergencias 24 horas
		Lunes a Viernes	Sábado	
Bogotá	4320520	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 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 oxígeno 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 UNICAMENTE para casos de emergencia, recuerda 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 oxígeno 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 camé 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.	Firma <i>Joxandra Acecio</i>
Horas	Fecha OM		

Nº
OX-CC 018242

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

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

Nombre Comodante	OXIPRO S.A.S "OXIPRO"	Miguel Santos	Fecha	16	02	2024
------------------	-----------------------	---------------	-------	----	----	------

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)

Nombre Comodatario	JOSE RAMIREZ		Documento Identidad	CC 2857757		
Dirección Comodatario	CALLE 146 # 7F - 73 APTO 302		Tel Comod			
Dirección Ubicación Equipo	CALLE 146 # 7F - 73 APTO 302		Tel Ubicac			
Descripción Ubicación Equipos	<input 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"/> Tio(a) <input type="checkbox"/> Otro					
Ciudad	BOGOTÁ		Departamento	CUNDINAMARCA		
Flujo (L/min)	2 L	Horas	18 H	EPS	NUEVA EPS	
				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	Yoxandra Acacio		Documento Identidad	1249813		
Dirección	Diagonal 70A Sur #45A09		Teléfono	3242341878		
Ciudad	Bogotá D.C		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"/> Tio(a) <input checked="" type="checkbox"/> Otro Enfermera					

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1	Nombre	Mauricio Ramirez		Dirección			
	Teléfono	315 221 2807		Celular			Parentesco
	Empresa			Dir. Empresa			Tel. Empresa
2	Nombre	Marta Lucia Ramirez		Dirección			
	Teléfono	318 372 9846		Celular			Parentesco
	Empresa			Dir. Empresa			Tel. Empresa

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	M423040120397	4 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	SUCCIONA DOR DE FLEMAS
	Marca: KONSUG					
	Modelo: 9E - A					
Cilindro de Respaldo		1 (SMLV)		<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
Regulador de Cilindro		0,15 (SMLV)		<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
Cilindro Portátil		0,35 (SMLV)		<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
Regulador C Portátil		0,18 (SMLV)		<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR	COMPONENTE	VL CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
	Panel	0,71 (SMLV)		<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
	Filtros	0,01 (SMLV)		<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
	Flujómetro	0,35 (SMLV)		<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
	Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)		<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
	Cable	0,01 (SMLV)		<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
	Ruedas	0,04 (SMLV)		<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
Cabina	-		<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>		
INSUMO	Humidificador	<input type="checkbox"/>	Cánula	<input type="checkbox"/>	Carrito	<input type="checkbox"/>
					Trampa de Agua	<input type="checkbox"/>

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@oxiproas.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	EL COMODATARIO - PACIENTE y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FISICA DE EL COMODATARIO (Paciente) Y A FAVOR DE ESTE
Firma del Comodante (Representante): Miguel Santos	Marque con una X la figura que firmará el presente contrato: <input type="checkbox"/> Paciente <input checked="" type="checkbox"/> "A Ruego"
Nombre Comodante (Representante): Miguel Santos	Firma de el Comodatario: Yoxandra Acacio
Documento Identidad (Representante): SPN - 145	Nombre de el Comodatario: Yoxandra Maria Acacio Batista
	Documento Identidad del Comodatario: 1249813

N°
OX-DC 016416

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

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	BOGOTÁ	fecha	16 02 2024	Hora	7:30
Nombre del Paciente	JOSE RAMIREZ				
Nombre Responsable Paciente	MIGUEL SANTOS				
Nombre Funcionario	SPN - 145				
Documento Identidad	CC 2857757				
Documento Identidad	SPN - 145				

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	Lunes a Viernes	Sábado
Dosquebradas	Carrera 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	Carrera 21 No 23-21 Edificio Tamaraico	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 solicítarla 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	Horario de atención	Sábado	Emergencias
Bogotá	6446062	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 12:00 m	24 horas
Eje Cafetero	3302770-3401511	8:00 am a 6:00 pm	8:00 am a 12:00 m	8:00 am a 12:00 m	6446062 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, cápsula, trampa de agua), recargas de cilindros de respaldo deberá comunicarse a la LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO (Continúa Página 2)

DECLARACION DE CAPACITACION

Yo _____ 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° _____ 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 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 de consumo formulado por el médico tratante.
 - 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@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 autorizada para recolectar, compilar, almacenar, usar, circular, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depositar, 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 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. ha suministrado de forma voluntaria y es verídica.

FIRMAS DE LA DECLARACION

Firma Paciente:	Firma Responsable del Paciente:	Firma Funcionario:
	Doyandra Acobo	MIGUEL SANTOS

Nº **OX-OV 21590**

ORDEN DE VISITA
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-5401511-3147812353

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: JOSE RAMIREZ Documento: CC 2057757 Dirección: CALLE 146 # 7F-73 Hora: 16:24
 Entidad: NUOVA EPS Teléfono: 3152212807 Consumo: 2L x 18h Atención:
 Solicitante: Joyandra Acacio Parentesco: Enfermera Teléfono: 3152212807

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 130617918 Tipo de Servicio: ENTREGA DE OXIGENADOR Observación:
PORTATIL

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: Flujo Concentración Filtro de aire Cambio Impresión Hora Contrador Código

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados	Códigos Equipos Recogidos
CONCENTRADOR C. RESPALDO REGULADOR 540 C. PORTATIL REGULADOR 870 CARRITO P.	CONCENTRADOR C. RESPALDO REGULADOR 540 C. PORTATIL REGULADOR 870 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
Filtro Externo Central	\$5.000		SopORTE Filtro Lateral	\$15.000		Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Carrito Portatil	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujometro	\$80.000		Regulador 870	\$80.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Regulador 540	\$80.000	
SopORTE Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Otros		

Nro. Reporte: Recibo CRM: Valor de Daños \$: Valor Pagado \$:

Observaciones de la Visita (Escribir el Descripci3n del daño):
DE ENTREGA UN OXIGENADOR NUEVO CON TODOS SUS ADITAMIENTOS. SE ENTREGA PROBADO REVISADO A LAS 7:30 HORAS. BUENAS CONDICIONES. SE ENTREGA CANULA Y HUMIDIFICADOR.

Funcionario Entrega: MIGUEL SANTOS Documento: SN-145

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo declaro hacer devoluci3n de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo:
 (Escribir el Motivo)
FALLECIMIENTO Fallocimiento del Paciente.
VOLUNTARIA Devoluci3n Voluntaria.
ORDEN MEDICA Por Orden Médica.
CAMBIO Cambio de Proveedor.
AFILIACI3N Estado Afiliaci3n EPS.

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

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

AUTORIZACI3N 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 OXI PRO S.A.S identificada con NIT 900 481 014 0 y direcci3n electrónica protecciondatos@oxipro.com en calidad de RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXI PRO S.A.S queda autorizado para recolectar, compilar, almacenar, usar, circular, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depositar, 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 Capacitaci3n, Historial clínico, programas de promoci3n y prevención, registro de exámenes diagn3sticos, gesti3n de órdenes médicas y medicamentos, Encuestas de Opinión, atenci3n al cliente (gesti3n PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento de obligaciones financieras, gesti3n de estadísticas internas, Remisi3n de informaci3n a los titulares, Servicios de arrendamiento de equipos, Campañas de actualizaci3n de datos e informaci3n de cambios en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones, Control de Inventarios, Gesti3n de cobros. Finalmente declaro que la informaci3n y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXI PRO S.A.S ha suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACI3N DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: Joyandra Acacio Firma: Joyandra Acacio
 Documento: 1249813 Parentesco: Enfermera
 Teléfono: 3242347878 Cel:
 Direcci3n Actual: Diagonal 70a Sur #45A09

Huella