



Nº  
OX-OV 21936

ORDEN DE VISITA  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 338275-348151-314791233

Fecha	04/09/2017
Hora	10:15 AM
Ubicación	
Atendido	
Atendido	
Atendido	

Paciente	Rafael Palacios	Documento	79160994	Dirección	C. B. E. + 10-108	Fecha	04/09/2017
Entidad	Navy EPS	Teléfono	3118069512	Concepto	21114H	Atendido	
Solicitante	Rafael Palacios	Parentesco	El paciente	Teléfono		Atendido	

Nro. Orden	130 652 503	Tipo de Servicio	Entrega inicial	Observación	concentrador - cilindro
Nro. Orden	130 652 504	Tipo de Servicio	Entrega inicial	Observación	Preservil permanente

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2 | Flujo | Concentración | Filtro de aire  Cambios  Limpieza | Hora Contrador | Código

EQUIPOS MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO			
Códigos Equipos Entregados		Códigos Equipos Recogidos	
CONCENTRADOR	20202	CONCENTRADOR	
C. RESPALDO	02302	C. RESPALDO	
REGULADOR 540	506191	REGULADOR 540	
C. PORTATIL	22222	C. PORTATIL	
REGULADOR 870	00006	REGULADOR 870	
CARRITO P.	60225	CARRITO P.	

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR  C. RESPALDO  C. PORTATIL  REGULADOR 540  REGULADOR 870  CARRITO

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		Actuador	\$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		Cambio 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):  
Se entregan equipos probados y reusados en perfectas condiciones de entrega desechables nuevos  
Hora Servicio 9:50 AM  
Funcionario Entrega: Santiago Lopez | Documento: Jku 625

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: <b>FALLECIMIENTO VOLUNTARIO</b> Fallecimiento del Paciente. <b>ORDEN MÉDICA</b> Devolución Voluntaria. <b>CAMBIO</b> Por Orden Médica. <b>AFILIACIÓN</b> Cambio de Proveedor. <b>AFILIACIÓN</b> Estado Afiliación EPS.	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO) HUMIDIFICADOR <input checked="" type="checkbox"/> 43851B CANULA <input checked="" type="checkbox"/> 430340 TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/>

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: Cuota Moderadora   Daño Equipo   Otros Pagos   Total	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) EXCELENTE <input checked="" type="checkbox"/> BUENO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MALO <input type="checkbox"/> MUY MALO <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 [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, consumir, 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: Rafael Palacios	Firma: Rafael P.
Documento: 79160994 Parentesco: El Paciente	Huella:
Teléfono: 3118069512 cel:	
Dirección Actual: C. B. E. + 10-108	



**ORDEN DE VISITA**  
**LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520**  
**LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-314791233**

Código	001-000-00-00
Fecha	Abril 04 de 2017
Unidad	2
Página	2 de 2

SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO				
Sede	Dirección	Horario de atención		
		Lunes a Viernes	Sábado	
Desquebradas	Carrera 2A No. 7-35 Zona Industrial La Bodega Manzana 4 Bodega 4	8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 6:00 pm	8:00 am a 1:00 pm	
Manizales	Carrera 21 No. 23-21 Edificio Tachero	8:00 pm a 3:30 pm	9:00 am a 11:30 am	
Armeria	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	

LÍNEAS 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 número 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 ÚNICAMENTE para casos de emergencia, recuerde no gastarlo innecesariamente, de él 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](mailto:atencionalcliente@oxigenoensucasa.com)
- Los funcionarios de Oxígeno 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		<b>PACIENTE O ACUDIENTE PRESENTA ORDEN MEDICA</b>	<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 Oxígeno al consumo recetado • Que ajustaré los equipos al consumo recetado en la Orden Médica	Firma  <i>Rafael P. [Firma]</i>
Horas	Fecha OM		

*[Firma]*



**DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO**

Ciudad: <u>Bogotá</u>	Fecha: <u>10 7 24</u>	Hora: <u>9:50 AM</u>
Nombre del Paciente: <u>Patricio Polanco</u>	Documento Identidad: <u>79160994</u>	
Nombre Responsable: <u>Santiago Lopez</u>	Documento Identidad: <u>JKU 625</u>	

**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 entrega de cilindro portatil deberá efectuarse en la sede de atención al Usuario más cercana a su domicilio.

Sede	Dirección	Horario de atención	
		Lunes a Viernes	Sábado
Uniqueneses	Carrera 2A No. 7-30 Zona Industrial La Florida, 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
Monserrate	Carrera 21 No. 23-21 Edificio Terracota	8:00 am a 3:30 pm	9:00 am a 11:30 am
Armenia	Calle 7 No. 61-45 Edificio Torres de Stranada Local 5	8:00 am a 11:30 am y 2:00 pm a 5:00 pm	8:00 am a 12:00 m
Engorro	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

○ Solicitar a domicilio con un cargo adicional por envío, comunicándose a nuestra Línea de Atención al Usuario.

**LÍNEAS 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	3302776-3401511	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 entregada en el tiempo indicado, generará cargo de multa por cada día adicional que el cilindro portatil se encuentre en poder del Usuario.
- Cuando la Autorización de Servicios expedida por la EPS, corresponde a un Cilindro Portatil Permanente debe tener en cuenta:
  - Tiene derecho a 4 recargas al mes.
  - A partir de la 3ta. 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 Insulso (Nitrificado, Óxido, trampa de agua), recargas de cilindros de respaldo deberá comunicarse a la LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO. (Continúa Página 2)

**DECLARACION DE CAPACITACION**

Yo Patricio Polanco con cédula de ciudadanía N° 79160994  
 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 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.

**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. Constató, 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, 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 medicamentosa, Encuestas de Opinión, atención al cliente (gestión POR), 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. 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: <u>Patricio P.</u>	Firma Responsable del Paciente: <u>                    </u>	Firma Funcionario: <u>Santiago Lopez</u>
---------------------------------------	--	---



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

Nombre Comodante: OXIPRO S.A.S "OXIPRO" Fecha: 10 07 24

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

Nombre Comodatario: Rafael Palacios Documento Identidad: 79160994  
 Dirección Comodatario: Ce BE # 10-102 Tel Comod: 3118069512  
 Dirección Ubicación Equipo: Ce BE # 10-103 Tel Ubicac:  
 Descripción Ubicación Equipos:  Paciente  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tio(a)  Otro  
 Ciudad: Ubaté Departamento: Cundinamarca  
 Flujo (L/min): 2 lit Horas: 24 EPS: Aluzva EPS Nivel IBC:

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

Persona que Firma Contrato:  Paciente  "A Ruego" El numeral II debe ser diligenciado únicamente si la firma es "A Ruego"

Nombre: Documento Identidad:  
 Dirección: Teléfono:  
 Ciudad: Departamento:  
 Parentesco:  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tio(a)  Otro

**IV. REFERENCIAS PERSONALES**

1. Nombre: Rosalba Douro Dirección: Ce BE # 10-102  
 Teléfono: Celular: 3229106465 Parentesco: Esposo  
 Empresa: Dr. Empresa: Tel. Empresa:  
 2. Nombre: Nelson Palacios Dirección: Ce BE # 10-102  
 Teléfono: Celular: Parentesco: Hijo  
 Empresa: Dr. Empresa: Tel. Empresa:

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

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	<u>NN-26618</u>	4 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>CP 5706</u>
Cilindro de Respaldo	<u>0697152</u>	1 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador de Cilindro	<u>RR-202178</u>	0.15 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cilindro Portátil	<u>03656290</u>	0.35 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador C Portátil	<u>R2020096107</u>	0.18 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR	COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
	Panel	0,71 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Filtros	0,01 (SMLV)	3	<input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Flujometro	0,35 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Cable	0,01 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Ruedas	0,04 (SMLV)	4	<input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cabina	-	1	<input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> 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.co](mailto:protecciondatos@oxipro.com.co) 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. 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):  
 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 se aplica al presente con:  Paciente  "A Ruego"

Firma de el Comodatario: Rafael P.  
 Nombre de el Comodatario: Rafael Palacios  
 Documento Identidad del Comodatario: 79160994