

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

Nombre Comodante: OXIPRO S.A.S "OXIPRO" *J. Andres Aguado P.* Fecha: 29 04 2021.

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

Nombre Comodatario: *Heroldo Sanchez* Documento Identidad: *4432320*  
Dirección Comodatario: *CIA 10 # 33-58 B/ El Congo* Tel Comod: *3127683048*  
Dirección Ubicación Equipo: *CIA 10 # 33-58 B/ El Congo* Tel Ubicac: *3022231658*  
Descripción Ubicación Equipos:  Paciente  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tío(a)  Otro  
Ciudad: *Supia* Departamento: *Caldas*  
Flujo (L/min): *2L* Horas: *16H* EPS: *Medimos-Oxígeno* 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: *Osciel Antonio Sanchez* Documento Identidad: *15929349*  
Dirección: *Vda Alto San Francisco, fin. El Tapon* Teléfono: *3127683048*  
Ciudad: *Supia* Departamento: *Caldas*  
Parentesco:  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tío(a)  Otro

**IV. REFERENCIAS PERSONALES**

1 Nombre: *Nancy Sanchez* Dirección: *CIA 10 # 33-58 B/ El Congo, Supia*  
Teléfono: *CC: 41.18080* Celular: *3002381095* Parentesco: *Hija*  
Empresa: *Ama de casa* Dir. Empresa: *ns9667164@gmail.com* Tel. Empresa:  
2 Nombre: *Alvaro Stiver Sanchez* Dirección: *Vda San Pablo Coramanta, finc. La Playa-Supia*  
Teléfono: *CC: 1.060592479* Celular: *3022231658* Parentesco: *Nieto*  
Empresa: *Caficultor* Dir. Empresa: *SIN correo* Tel. Empresa:

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

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	<i>DIM 200915196</i>	4 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cilindro de Respaldo		1 (SMLV)		B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador de Cilindro		0,15 (SMLV)		B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cilindro Portátil	<i>90525122</i>	0,35 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador C Portátil	<i>20060373</i>	0,18 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	

  

COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Panel	0,71 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Filtros	0,01 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cable	0,01 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ruedas	0,04 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cabina	-	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	

  

INSUMO	Humidificador	Cánula	Carrito	Trampa de Agua
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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@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 autorizada 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 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 cambio 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): *J. Andres Aguado P.*  
Nombre Comodante (Representante): *J. Andres Aguado P.*  
Documento Identidad (Representante): *619281*

**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 del Comodatario: *Osciel Sanchez*  
Nombre de el Comodatario: *Osciel Antonio Sanchez*  
Documento Identidad del Comodatario: *15929349*



N°  
**OX-OV 019821**

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

Código: GGL-SED-FR-02  
Fecha: Agosto 04 de 2017  
Versión: 7  
Página 1 de 2

Paciente: **Bernardo Sanchez**  
Entidad: **Medimas - Oxiprodu**  
Solicitante: **Osciel Antonio Sanchez**

Documento: **4.432.320**  
Teléfono: **312 768 3048**  
Parentesco: **Hijo**

Dirección: **Cra 10 # 33 - 58 Supla**  
Consumo: **2L / 16H**  
Teléfono: **302 223 1658**

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden: \_\_\_\_\_ Tipo de Servicio: \_\_\_\_\_ 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	DM	200915196		CONCENTRADOR			
C. RESPALDO				C. RESPALDO			
REGULADOR 540				REGULADOR 540			
C. PORTATIL	28580373			C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P.				CARRITO P.			

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**

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

**REPORTE DE DAÑOS**

Daño/Perdida	V/units	Cant	Daño/Perdida	V/units	Cant	Daño/Perdida	V/units	Cant	Daño/Perdida	V/units	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 entrega concentrador, regulador 870 y portatil, llenos a 2000PSI. Todos en buenas condiciones y desechables. Entrega inicial realizada el 08/20/17 en sede ya que el día 28/08/17 no se pudo hacer por las malas condiciones en la vida. Anxiro Agudelo Documento: 6119281**

**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  090919  
CÁNULA  020320  
TRAMPA DE AGUA

**PAGOS**

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

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

**CALIFICÓ 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 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: **Osciel Antonio Sanchez**  
Documento: **15.929.349**  
Teléfono: **302 223 1658**  
Dirección Actual: **Vda Alto San Francisco, finc. El Topon. 25 929 349 Supla - caldas.**

Parentesco: **Hijo**  
Cel: **312 768 3048**

Firma: **X Osciel Sanchez**  
Huella: \_\_\_\_\_