OXI-00033

OXIPro OXÍGENOS MEDICINALES	DECLARACION DE CAPACITACION CONCENTRADOR PORTÁTIL	FORMATO GOL-SED-FR-05	
		Versión: 1	Actualización: 07/07/2017
		Página 1 de 1	

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	Zipaquira	Fecha	6 / 12 / 2021	Hora	11:09 Am
Nombre del paciente	Hernando Cubidas			Documento identidad	12 445 624
Nombre responsable paciente	Esperanza Matos			Documento Identidad	35 492 795
Nombre funcionario	Jovica Cortés			Documento identidad	79608351

CAPACITACIÓN

OXIPRO S.A.S. ha sido el proveedor encargado por su EPS para brindarle el servicio de Oxigeno Medicinal formulado por su Médico. Le damos la bienvenida, indicándole a continuación algunas instrucciones y recomendaciones a tener en cuenta para el adecuado y correcto funcionamiento de su servicio.

DECLARACIÓN DE CAPACITACIÓN

Yo (Paciente) Hernando Cubidas Cañon identificado con documento No. 12445 624, atendido(a) actualmente por OXIPRO S.A.S. conforme lo indica la autorización de la EPS No. _____, o en mi calidad de acudiente Yo _____ identificado con documento No. _____, responsable del paciente nombrado anteriormente, declaro que he recibido capacitación sobre el manejo y seguridad del dispositivo médico entregado por OXIPRO S.A.S., y que además:

- He comprendido la información suministrada.
- Tengo claridad sobre el funcionamiento del equipo.
- Me encuentro en la capacidad de identificar en la orden médica el nivel de consumo de oxígeno medicinal formulado por el médico tratante.
- Puedo 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 del concentrador de oxígeno.
- Conozco los riesgos inherentes a la manipulación de Oxígeno Medicinal.
- Declaro que fui lo suficientemente informado sobre la incompatibilidad del uso de oxígeno generado por el concentrador frente a productos como grasas, gasolina, aceites y derivados.
- Conozco el número de contacto y horario dispuesto por la compañía para Atención al Cliente:

  Sede: lunes a viernes 8:00 a.m. a 1:30 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m.
  Línea de Atención al Cliente: 644 6062
  Solicitud de servicios: 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
  Emergencias: 7:00 p.m. a 7:00 a.m.

- Adquiero el compromiso de comunicarme a la línea de Atención al Cliente: 644 6062, toda vez que se presente un evento de riesgo o incapacidad en la manipulación del equipo.
- Declaro que no permitiré el uso o manipulación del concentrador por terceros NO beneficiarios (paciente) del servicio.

OXIPRO S.A.S. queda absuelta de toda 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, efectúan nuestros funcionarios.

PACIENTE	RESPONSABLE DEL PACIENTE	FUNCIONARIO OXIPRO S.A.S.
Firma:	Firma: Esperanza Matos	Firma: Jovica Cortés

RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD

IMPORTANTE: El equipo siempre se debe ajustar al consumo recetado por su médico. No hacerlo puede representar riesgos para su salud.

- No fumar en el Hogar. Fumar es además muy perjudicial para la salud.
- El oxígeno no es combustible, pero puede ser inflamable (aviva violentamente cualquier fuente de fuego), por ello es importante no colocar el aparato cerca de fuentes de calor (cocinas, estufas, radiadores, aparatos eléctricos, etc.).
- El equipo no debe cubrirse ni deben colocarse objetos sobre este.
- Se recomienda no utilizar cremas de mano ni facial, aerosoles, ungüentos, disolventes ni productos grasos en presencia de oxígeno.
- Las cánulas nasales no deben sobrepasar los 15 metros y no deben tener uniones (para evitar fugas).
- No se debe aumentar o disminuir NUNCA el flujo prescrito por el médico ni manipular el equipo de oxígeno.
- Mantener el aparato y sus accesorios (máscaras, cánulas nasales) en buen estado y sustituirlas por unas nuevas cuando se requiera.

Escaneado con CamScanner

OXI-00033

OXIPro OXIGENOS MEDICINALES	CONTRATO DE COMODATO CONCENTRADOR PORTÁTIL	FORMATO GOL-SED-FR-06	
		Versión: 1	Actualización: 07/07/2017
		Página 1 de 2	

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

Nombre comodante	OXIPRO S.A.S.	Fecha	6d / 12m 2021a

II. DATOS COMODATARIO (Paciente)

Nombre comodatario	Hernando Cabides Cañon	Documento Identidad	12 445 624
Dirección comodatario	Carrera 5B # 21-51	Teléfono comodatario	315 240 7314
Dirección ubicación equipo	Carrera 5B # 21 51	Teléfono ubicación	

Descripción ubicación equipos		Paciente	X	Padre/Madre		Hijo(a)		Hermano (a)	
		Sobrino (a)		Tío(a)		Otro		¿Cuál?	

Ciudad	Zipaquira			Departamento	C/marca		
Flujo (l/min)	2 L	Horas	24	EPS	Famisanar	Nivel IBC	

III. DATOS FIRMANTE (A ruego)

Persona que firma contrato		Paciente		A ruego	"Diligencia únicamente si la firma es "A Ruego"
Nombre				Documento Identidad	
Dirección				Teléfono	
Ciudad				Departamento	

Parentesco		Padre/Madre		Hijo(a)		Hermano(a)		Sobrino(a)		Tío(a)		Otro		¿Cual?

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1	Nombre	Esperanza Matias	Dirección	Calle 152D # 102.B 17 Ap 309 73		
	Teléfono	4752226	Celular	3167202521	Parentesco.	Conyugue
	Empresa		Dir. Empresa		Tel. Empresa	
2	Nombre	Gonzalo Cañon	Dirección	Calle 2K # 21-22		
	Teléfono		Celular	3214796734	Parentesco.	Amigo
	Empresa		Dir. Empresa		Tel. Empresa	

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

Equipo	Código	Valor CCIAL	Estado	Observaciones
Concentrador portátil	CBB021ES10115 Marca: AIRSEP Modelo: FreeStyle 5 Ref: AS095-101	12,15 (SMLV)	B ✓ R M	
Batería	2017430384	0,96 (SMLV)	B ✓ R M	
Fuente de alimentación universal CA/CC		0,90 (SMLV)	B ✓ R M	
Cable de alimentación de CA		0,15 (SMLV)	B ✓ R M	
Cable de alimentación de CC		0,03 (SMLV)	B ✓ R M	
Bolsa de transporte concentrador + correa para el hombro		0,11 (SMLV)	B ✓ R M	
Bolsa de transporte de accesorios + correa para el hombro		0,6 (SMLV)	B ✓ R M	
Filtro		0,01 (SMLV)	B ✓ R M	
INSUMO	Cánula			

EL COMODANTE – OXIPRO S.A.S.	EL COMODATARIO (Paciente) y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FISICA DEL COMODATARIO Y A FAVOR DE ESTE
	Marque con una x la figura que firmará el presente contrato: ☒ Paciente ☐ A ruego
Firma: Javier Cortés	Firma:
Nombre: Javier Cortés	Nombre: Hernando Cabides
Documento: 79608351	Documento: 12445624

Escaneado con CamScanner

OXI-00033

OXIPro OXÍGENOS MEDICINALES	**CARTA DE ACEPTACIÓN PAGARÉ**	**FORMATO**	
		GOL-SED-FR-07	
		Versión: 1	**Actualización: 07/07/2017**
		Página 1 de 1	

Número	

YO, _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio, manifiesto que para los efectos señalados en el artículo 622 del código de comercio, autorizo expresa e irrevocablemente a OXIPRO S.A.S. o a quien esta empresa designe, para llenar sin previo aviso los espacios en blanco del pagaré No. _____, así:

1. El valor del pagaré será igual a todas las sumas de dinero que se adeuden a OXIPRO S.A.S., con relación al contrato de responsabilidad de equipos suscrito el día _____.
   NOTA: los valores sufrirán modificaciones de acuerdo a los precios vigentes en el almacén, en el momento de hacer efectivo el pago de cualquiera de los elementos.

2. La fecha de creación y vencimiento del pagaré será aquella en la que se diligencien los espacios en blanco.

3. El lugar para efectuar el pago será en la sede de atención al cliente de OXIPRO S.A.S., y/o en el lugar que indique dicha empresa.

4. El pagaré así diligenciado presta mérito ejecutivo y será exigible sin más requisitos, ni requerimientos.

5. Se deja constancia que, en mi poder queda copia de la presente carta de instrucciones.

6. Los gastos originados por concepto de impuestos de timbre correrán a mi cargo.

Para constancia, se firma en la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ del año _____.

INFORMACIÓN DE QUIEN ACEPTA TÉRMINOS DE PAGARÉ		
Nombre: Hernando Cubidas Cañon	Firma	Huella
Documento: 12 445 624 Parentesco: Paciente		
Teléfono: _____ Cel: 315 240 7314		
Dirección: Carrera 5B # 21-51		
EPS: Famisanar		
Cotizante X Beneficiario _____ EPS-S _____		

Escaneado con CamScanner

OXI-00033

OXIPro OXIGENOS MEDICINALES	**PAGARÉ**	**FORMATO**	
		GOL-SED-FR-08	
		Versión: 1	**Actualización: 07/07/2017**
		Página 1 de 1	

Número				Fecha de vencimiento	dd	mm	aaaa
Valor		Equipo		Código			

YO, _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio, manifiesto que pagaré solidaria e incondicionalmente a la orden de OXIPRO S.A.S., en la ciudad de Bogotá, en sus oficinas de atención al cliente ubicadas en la Carrera 12 No. 71-32 Of. 702, la suma de _____ ($ _____), M/TE, así como cualquier otra suma por concepto de intereses o que se derive de ella o que sea complemento de ella. En caso de mora reconoceré y pagaré intereses a la tasa máxima permitida por la ley, sin prejuicio a las demás acciones legales que la acreedora pueda ejercer. Serán de mi cargo los gastos, costos, y los honorarios de la cobranza judicial o extrajudicial. Declaro excusado el protesto del presente pagaré, así como la presentación para el pago y el aviso de rechazo.

Para constancia, se firma en la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ del año _____.

INFORMACIÓN DE QUIEN ACEPTA TÉRMINOS DE PAGARÉ		
Nombre: Hernando Cabidas Carron	Firma	Huella
Documento: 12 445 624 Parentesco: Parienta		
Teléfono: _____ Cel: 315 240 7314		
Dirección: Carrera 513 21-51		
EPS: Famisanar		
Cotizante X Beneficiario _____ EPS-S _____		

Escaneado con CamScanner