

CONTRATO DE COMODATO CONCENTRADOR PORTÁTIL

FORMATO

GOL-SED-FR-06

Versión: 1

Actualización: 07/07/2017

Página 1 de 2

1.	COMODANI	TE OVIDDA									
	mbre comodante		S.A.S. (Represe	ntado por)				Fech		44	2021
140	mbre comodante	O	XIPRO S.A.S.					reci	a 24	1.	200.
H.	DATOS CO	MODATARIO	(Paciente)								
No	mbre comodatario	105	Control of the Contro			Docum	ento	dentidad	1706	28 46	
Dir	rección comodatario	CII	839 # 14			Teléfor	no cor	nodatario	800 3		
Dir	rección ubicación eq		839 #1 11	4 -20		Teléfor	no ubi	cación	315516	7542	anescola
De	scripción ubicación	equipos	Paciente Sobrino (a)		Padre/Mad Tio(a)	re	Hije	o(a)	Hermano	(a) ¿Cuái?	
Cit	udad				110(0)	Depart			condin	amart	ca,
	ujo (Vmin)	Horas	30g0ta 24	EPS	Compe				Nivel IBC	Wall of the	
	2	11010	24	- Teauget ed l							
111.	DATOS FIR	MANTE (A re	uego)								
Pel	rsona que firma con	trato	Paciente	× A rue					nte si la firma		
No	mbre 50	na F	iquen.			nto Iden	tidad		19414		
Dir		839	# 114 - 20		Teléfond		io mu	3155	16754	12	
Ciu		pota.			Departa		03 la		ramore	/01	iál?
Par		re-Madre	Hijo(a)	Hermano(a)	Sobr	ino(a)	. 1	ío(a)	Otro	200	minimum min
IV.				CONTRACTOR OF THE		All C	-	4	10 20		
		ay Fu		Dirección	1	CII	330		14 - 20 tesco	Hija	- 0.15
1			38 70 Celular WC Dir. Empre				-		Parentesco. Hyq Tel. Empresa		
	Empresa Bric	e , wo				ell 830 4			114 - 70		
	Nombre Feli	The second secon		Dirección	, (11 83	504		tesco.	yerno	with significant
2	Teléfono 371	209 131	U	Celular				1 0.0.			
				Dir Emp	1000			Tel E		U	
		uin Sq		Dir. Emp	resa			Tel. E	mpresa	U LE COM	
	Empresa 🕒	uinSq	Company of the contract of the	STHALLOMO				Tel. E		ub (e)CPs	
v.	INVENTARIO	uinSq	E INSUMOS ENTI	STHALLOMO		CCIAL	Es	Tel. E	mpresa	servacion	es
v.	Empresa 🕒	D EQUIPOS	E INSUMOS ENTI Código	REGADOS (E	estado) Valor	CCIAL	Es		mpresa	servacion	es
	INVENTARIO	uinSq	E INSUMOS ENTI Código O 2 1 7 4 (REGADOS (E	estado) Valor		Es		mpresa	servacion	es es
	INVENTARIO Equipo	C B B	E INSUMOS ENTI Código O 2174	REGADOS (E	Valor	SMLV)	В	tado R M	mpresa	servacion	es santa
Cor	INVENTARIO Equipo ncentrador portátil	C B B Marca Modelo	E INSUMOS ENTI Código O 2 1 7 4 6 AIRS FreeStyle 5 Ref	REGADOS (E	Valor (12,15 (SMLV)	B 60	tado R M	mpresa	servacion	es
Cor Bat Fue	INVENTARIO Equipo Incentrador portátil tería ente de alimentación	D EQUIPOS C B B Marca Modelo universal C	E INSUMOS ENTI Código O 2 1 7 4 6 AIRS FreeStyle 5 Ref	REGADOS (E	Estado) Valor (12,15)(12,15 (12,15)(12,15)(12,15 (12,15)(1	SMLV) SMLV)	B B	R M R M	mpresa	servacion	es
Cor Bat Fue	INVENTARIO Equipo nocentrador portátil tería ente de alimentación ble de alimentación	DEQUIPOS CBB Marca Modelo universal C de CA	E INSUMOS ENTI Código O 2 1 7 4 6 AIRS FreeStyle 5 Ref	REGADOS (E	Valor (1) 12,15 (1) 0,96 (3) 0,90 (4) 0,15 (4)	SMLV) SMLV) SMLV)	B 60	R M R M	mpresa	servacion	es constant is
Cor Bat Fue Cat	INVENTARIO Equipo ncentrador portátil tería ente de alimentación ble de alimentación	DEQUIPOS CBB Marca Modelo universal C de CA de CC	E INSUMOS ENTI Código O 2 1 7 4 6 AIRS FreeStyle 5 Ref	REGADOS (E 5 0 0 7 3 EEP F. AS095-101	Valor (1) 12,15 (1) 0,96 (3) 0,90 (4) 0,15 (5) 0,03 (5)	SMLV) SMLV) SMLV) SMLV)	B B B	R M R M R M	mpresa	servacion	Company (Solidaria)
Cor Bat Fue Cat	INVENTARIO Equipo Incentrador portátil Itería ente de alimentación ble de alimentac	DEQUIPOS CBB Marca Modelo universal C de CA de CC ncentrador +	E INSUMOS ENTI Código D 1 1 7 4 6 AIRS FreeStyle 5 Ref	REGADOS (ESCAPO A SOS SEP A SOS SOS SOS SOS SOS SOS SOS SOS SOS S	Valor (1) 12,15 (1) 0,96 (3) 0,90 (3) 0,15 (3) 0,11 (4)	SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV)	B B B B	R M R M R M	mpresa	servacion	es constant is a second at the
Cor Bat Fue Cat	INVENTARIO Equipo nocentrador portátil tería ente de alimentación ble de alimentación	DEQUIPOS CBB Marca Modelo universal C de CA de CC ncentrador +	E INSUMOS ENTI Código D 1 1 7 4 6 AIRS FreeStyle 5 Ref	REGADOS (ESCAPO A SOS SEP A SOS SOS SOS SOS SOS SOS SOS SOS SOS S	Valor (1) 12,15 (1) 0,96 (3) 0,90 (3) 0,15 (3) 0,01 (3) 0,6 (5)	SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV)	B B B B	R M R M R M R M	mpresa	servacion	es y amon
Cor Fue Cal Cal Bol Bol	INVENTARIO Equipo Incentrador portátil tería ente de alimentación ble de alimentación la de transporte co las de transporte de la dela de	DEQUIPOS C B B Marca Modelo universal C de CA de CC ncentrador + accesorios +	E INSUMOS ENTI Código D 1 1 7 4 6 AIRS FreeStyle 5 Ref	REGADOS (ESEP F. AS095-101	12,15 (0,96 (0,90 (0,15 (0,03 (0,11 (0,6 (0,01 (0,	SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV)	B B B B B	R M R M R M R M	mpresa	servacion	es y and he had been a least to the had been a least t
Cor Fue Cat Cat Bol Bol	INVENTARIO Equipo Incentrador portátil tería ente de alimentación ble de alimentación ble de alimentación sa de transporte de la del transporte del del transporte del del transporte del del del transporte del del del del del del del del del de	DEQUIPOS C B B Marca Modelo universal C de CA de CC ncentrador + accesorios +	E INSUMOS ENTI Código D 1 1 7 4 6 AIRS FreeStyle 5 Ref	REGADOS (ESEP F. AS095-101	Valor (1) 12,15 (1) 0,96 (3) 0,90 (3) 0,15 (3) 0,11 (3) 0,6 (8) 0,01 (3)	SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV)	B B B B B B B	R M R M R M R M R M R M	Obs	p no se di s	TALL SERVICE
Cor Fue Cat Cat Bol Bol	INVENTARIO Equipo Incentrador portátil Itería Intería Interia de alimentación Interia de transporte co INSUI	DEQUIPOS C. B. B. Marca Modelo universal C. de CA de CC ncentrador + accesorios 4	E INSUMOS ENTI Código O 1 1 7 4 6 AIRS FreeStyle 5 Ref	REGADOS (ESEP F. AS095-101	Valor (1) 12,15 (1) 0,96 (3) 0,90 (3) 0,15 (3) 0,11 (3) 0,6 (8) 0,01 (3)	SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV)	B B B B B B B	R M R M R M R M R M R M R M	Obs	A RUEGO	o' POR
Cor Bat Fue Cat	INVENTARIO Equipo Incentrador portátil Itería Intería Interia de alimentación Interia de transporte co INSUI	DEQUIPOS C. B. B. Marca Modelo universal C. de CA de CC ncentrador + accesorios 4	E INSUMOS ENTI Código O 1 1 7 4 6 AIRS FreeStyle 5 Ref	REGADOS (ESEP F. AS095-101	12,15 (0,96 (3 0,90 (3 0,15 (3 0,01 (SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV)	B B B B B B	R M R M R M R M R M R M R M R M R M R M	Obs y/o FIRMA * DATARIO Y	A RUEGO	O' POR R DE ESTE
Bat Fue Cat Cat Bol Bol	INVENTARIO Equipo Incentrador portátil Itería Intería Interia de alimentación Interia de transporte co INSUI	DEQUIPOS C B B Marca Modelo universal C de CA de CC ncentrador + accesorios +	E INSUMOS ENTI Código O 1 1 7 4 6 AIRS FreeStyle 5 Ref	REGADOS (ESEP F. AS095-101	12,15 (0,96 (3 0,90 (3 0,15 (3 0,01 (SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV)	B B B B B B B B B B B B B B B B B B B	R M R M R M R M R M R M R M R M R M R M	y/o FIRMA * DATARIO Y firmará el pi	A RUEGO	POR R DE ESTE
Call Call Call Boll Boll	INVENTARIO Equipo Incentrador portátil Itería Intería Interia de alimentación Interia de transporte co INSUI	DEQUIPOS C. B. B. Marca Modelo universal C. de CA de CC ncentrador + accesorios 4	E INSUMOS ENTI Código O 1 1 7 4 6 AIRS FreeStyle 5 Ref	REGADOS (ESEP F. AS095-101	12,15 (0,96 (3 0,90 (3 0,15 (3 0,01 (SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV)	B B B B B B B B B B B B B B B B B B B	R M R M R M R M R M R M R M R M R M R M	y/o FIRMA * DATARIO Y firmará el pi	A RUEGO	O' POR R DE ESTE
Call Call Call Boll Boll	INVENTARIO Equipo Incentrador portátil Itería Intería Interia de alimentación Interia de transporte co INSUI	DEQUIPOS C. B. B. Marca Modelo universal C. de CA de CC ncentrador + accesorios 4	E INSUMOS ENTI Código O 1 1 7 4 6 AIRS FreeStyle 5 Ref	REGADOS (ESEP F. AS095-101	12,15 (0,96 (\$ 0,90 (\$ 0,15 (\$ 0,01 (\$ 0,01 (\$ 0,01 (\$ Marqu	SMLV)	B B B B B B B B B B B B B B B B B B B	R M R M R M R M R M R M R M R M R M R M	y/o FIRMA * DATARIO Y firmará el pi	A RUEGO	POR R DE ESTE
Call Call Call Boll Boll	INVENTARIO Equipo Incentrador portátil tería ente de alimentación ble de alimentación las de transporte co las de transporte de ro INSUI	DEQUIPOS C. B. B. Marca Modelo universal C. de CA de CC ncentrador + accesorios 4	E INSUMOS ENTI Código O 1 1 7 4 6 AIRS FreeStyle 5 Ref	REGADOS (ESEP F. AS095-101	12,15 (0,96 (\$ 0,90 (\$ 0,15 (\$ 0,03 (\$ 0,11 (\$ 0,6 (\$ 0,01 (\$ mula EL CO INCAPACI Marqu	SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV) SMLV)	B B B B B B B B B B B B B B B B B B B	R M R M R M R M R M R M R M R M R M R M	y/o FIRMA * ODATARIO Y firmará el pr (A ruego	A RUEGO	O' POR R DE ESTE



DECLARACION DE CAPACITACION CONCENTRADOR PORTÁTIL

FORMATO GOL-SED-FR-05

Versión: 1

Actualización: 07/07/2017

Página 1 de 1

DATOS PACIENTE Y FUNCIO	NARIO					
Ciudad Book		Fecha	24	11m	2021 Hora	2:38 Bm.
Nombre del paciente	lose Fuque.		2	Docum	nento identidad	17062846
Nombre responsable paciente	Sonia Foque			Docum	nento identidad	51994 142
Nombre funcionario	mauricio Auilan			Docum	nento identidad	101610886.

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

DECLARACIÓN	N DE CAPACITA	CIÓN					12.00-0116
Yo (Paciente)	Jose	alcides	fuque	Toca suradne ident	ficado con	documento	No. 17062846
acudiente Yo _	Sonia	Fuque T	ocarrur	identi	ficado con	documento	No. 51994142
responsable del	paciente nombra	do anteriormente,	declaro que	he recibido capacitaci	on sobre	ei manejo y s	seguridad del dispositivo
medico entregad	o por OXIPRO S.A	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 Oxigeno Medicinal.
- Declaro que fui lo suficientemente informado sobre la incompatibilidad del uso de oxigeno 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.

A PACIENTE	RESPONSABLE DEL PACIENTE	FUNCIONARIO OXIPRO S.A.S.
Firma	Firma: Liquery	Firma:

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 oxigeno 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.
- Mo se debe admission de la company de la com



CARTA DE ACEPTACIÓN PAGARÉ

FORMATO GOL-SED-FR-07

Versión: 1

Actualización: 07/07/2017

Página 1 de 1

Número				
efectos señalados e	parece al pie de mi firma, n el artículo 622 del código quien esta empresa design	obrando en nomi o de comercio, aut ne, para llenar sin	pre propio, manifiesto torizo expresa e irrevo	que para los
NOTA: los valor	aré será igual a todas las contrato de responsabilidad es sufrirán modificaciones nacer efectivo el pago de d	de equipos susc de acuerdo a los	rito el día precios vigentes en e	
La fecha de crea en blanco.	ción y vencimiento del pag	garé será aquella e	en la que se diligencie	n los espacios
el lugar que indi	ectuar el pago será en la s que dicha empresa. diligenciado presta mérito			
	cia que, en mi poder qued			
Para constancia, se	firma en la ciudad de año			
Documento: 5199 Teléfono: 8002 Dirección: 6168	INFORMACIÓN DE QUIEN TUQUEN TO 4142 Parentesco: 425 Cel: 3155 3 0 114-20	Hija 167542	OS DE PAGARÉ Firma	Huella
EPS:				



PAGARÉ

FORMATO

GOL-SED-FR-08

Versión: 1

Actualización: 07/07/2017

Página 1 de 1

			Fecha de vencimiento	dd	mm	aaaa
Valor	Equipo		Código			
	-					
O, Sonie	a tuquer	a Tomm	uncho	, m	ayor de	e edad
olidaria e incond	o aparece al pie	de mi firma, obra	ando en nombre propio, ma O S.A.S., en la ciudad de Bo	anifiest	o que	pagare
			era 12 No. 71-32 Of.			
\$			/TE, así como cualquier otra			
			olemento de ella. En caso de			
			ley, sin prejuicio a las dem			
un la normadara	nueda ejercer Se	rán de mi cargo lo	os gastos, costos, y los honor	rarine	te la co	henne
ue la aci eecola	pucua ejercer. Se	ande ini cargo ic	is gasios, costos, y los nono	allos	ac ia cc	branza
			o del presente pagaré, así c			
udicial o extrajuo		cusado el protesto				
udicial o extrajudo para el pago y el	dicial. Declaro exc aviso de rechazo.	cusado el protesto	o del presente pagaré, así c	omo la	prese	ntació
udicial o extrajuo para el pago y el Para constancia	dicial. Declaro exc aviso de rechazo. , se firma en la	cusado el protesto a ciudad de		omo la	prese	ntación
udicial o extrajuo para el pago y el Para constancia	dicial. Declaro exc aviso de rechazo.	cusado el protesto a ciudad de	o del presente pagaré, así c	omo la	prese	ntación
udicial o extrajuo para el pago y el Para constancia	dicial. Declaro exc aviso de rechazo. , se firma en la	cusado el protesto a ciudad de	o del presente pagaré, así c	omo la	prese	ntación
udicial o extrajuo para el pago y el Para constancia	dicial. Declaro exc aviso de rechazo. , se firma en la del año	cusado el protesto a ciudad de	o del presente pagaré, así c	omo la	prese	ntació
udicial o extrajud para el pago y el Para constancia	dicial. Declaro exc aviso de rechazo. , se firma en la del año	cusado el protesto	o del presente pagaré, así c a los PTA TÉRMINOS DE PAGARÉ	omo la	prese	ntación
udicial o extrajud para el pago y el Para constancia	dicial. Declaro exc aviso de rechazo. , se firma en la del año	cusado el protesto	o del presente pagaré, así c a los PTA TÉRMINOS DE PAGARÉ	omo la	prese	ntació
udicial o extrajuo para el pago y el Para constancia Nombre:	icial. Declaro exc aviso de rechazo. , se firma en la del año	on DE QUIEN ACE	a los PTA TÉRMINOS DE PAGARÉ Firma	omo la	prese	ntación
vara el pago y el Para constancia. Nombre:	INFORMACIÓ	on DE QUIEN ACE Parentesco: H Cel: 315516	a los PTA TÉRMINOS DE PAGARÉ Firma 7542 L	omo la	prese	ntación
vara el pago y el Para constancia. Nombre:	INFORMACIÓ	on DE QUIEN ACE Parentesco: H Cel: 315516	a los PTA TÉRMINOS DE PAGARÉ Firma 7542 L	omo la	prese	ntación
Nombre: 50	INFORMACIÓ	on DE QUIEN ACE Parentesco: H Cel: 315516	a los PTA TÉRMINOS DE PAGARÉ Firma 7542 L	omo la	prese	ntación
Nombre: Solution Documento: SI Teléfono: SOlution Dirección: CIII EPS: Communication de la constancia de la	icial. Declaro exc aviso de rechazo. , se firma en la del año INFORMACIÓ INFORMACIÓ	on DE QUIEN ACEI Parentesco: H Cel: 315516	a los PTA TÉRMINOS DE PAGARÉ Firma 7542 L	omo la	prese	ntació