

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

Nombre Comodante: OXIPRO S.A.S "OXIPRO" Fecha: 29 10 2021

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)

Nombre Comodatario: José Londono Documento Identidad: 1-256448
Dirección Comodatario: Vda la floresta via tambores Tel Comod: 3232991485
Dirección Ubicación Equipo: Vda la floresta via tambores Tel Ubicac: 3148128299
Descripción Ubicación Equipos: Paciente Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro
Ciudad: Balboa Departamento: Risaralda
Flujo (L/min): 3L Horas: 16H EPS: Medimar - Oxiajuda 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: Diego Fernando Londono Documento Identidad: 1-090.076.051
Dirección: Vda la floresta via tambores Teléfono: 320 853 9448
Ciudad: Balboa Departamento: Risaralda
Parentesco: Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1	Nombre: María Lucina Benítez	Dirección: Vda La floresta via Tambores - Balboa
Teléfono: 21 558 194	Celular: 3148128299	Parentesco: Amiga
Empresa: Ama de casa	Dir. Empresa: <u> </u>	Tel. Empresa: <u> </u>
2	Nombre: Luz Dary Huanza	Dirección: Vda La floresta via Tambores - Balboa
Teléfono: 32 1090036224	Celular: 3232991485	Parentesco: Amiga
Empresa: Ama de casa	Dir. Empresa: <u> </u>	Tel. Empresa: <u> </u>

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	1 2 3 5 5 3 5 8 5 6 7	4 (SMLV)	1	B ✓ 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	9 3 2 0 9 0 2 6	0,35 (SMLV)	1	B ✓ M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador C Portátil	2 0 0 7 0 7 8 9	0,18 (SMLV)	1	B ✓ M	<input checked="" type="checkbox"/>	

COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Panel	0,71 (SMLV)	1	B ✓ M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Filtros	0,01 (SMLV)	1	B ✓ M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	B ✓ M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	B ✓ M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cable	0,01 (SMLV)	1	B ✓ M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ruedas	0,04 (SMLV)	1	B ✓ M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cabina		1	B ✓ 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@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 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 / 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 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): <u>J. Andres Agudelo P</u>	Marque con una X la figura que firmará el presente contrato <input type="checkbox"/> Paciente <input checked="" type="checkbox"/> "A Ruego"
Nombre Comodante (Representante): <u>J. Andres Agudelo P</u>	Firma del Comodatario: <u>Diego Fernando Londono</u>
Documento Identidad (Representante): <u>6119280</u>	Nombre de el Comodatario: <u>Diego Fernando Londono</u>
	Documento Identidad del Comodatario: <u>1-090.076.051</u>

Nº
OX-OV 019769

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

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

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: José Londono Documento: 1256448 Dirección: Vda la florata - Tambores Fecha: 29/10/17
Entidad: Medimas-Oxipoda Teléfono: 3208539448 Consumo: 3L/16H Autorización: -
Solicitante: Diego fernando Londono Parentesco: Hijo Teléfono: -

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 130424 010 Tipo de Servicio: entrega inicial concentrador Observación: concent. a Domic.
130424 011 entrega portátil permanente sin carrito

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: - Flujo: - Concentración: - Filtro de aire: Cambio Limpieza Hora Con/trador: - Código: -

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos																	
CONCENTRADOR	M	E	J	5	5	2	5	8	5	6	7	CONCENTRADOR											
C. RESPALDO												C. RESPALDO											
REGULADOR 540	9	3	3	0	9	0	7	6				REGULADOR 540											
C. PORTATIL												C. PORTATIL											
REGULADOR 870												REGULADOR 870											
CARRITO P.												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	Daño/Perdida	V/unit	Cant
Filtro Externo Central	\$5.000		Soporte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Con/trador	\$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 portátil y reg., con Insumos todos en buenas condiciones
Funcionario Entregó: Andrés Agudelo p Documento: 6119281 Hora Servicio: 14:20

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 SI
- CÁNULA SI
- TRAMPA DE AGUA NO

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

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

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO 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 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, cobros. 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: Diego fernando Londono Documento: 1690076051 Parentesco: Hijo Firma: [Firma] Huella: [Huella]
Teléfono: 3202991485 Cel: 3208539448
Dirección Actual: Vda La florata - Via Tambores Barboza

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	Balboa	Fecha	29 lo 2021	Hora	14:20
Nombre del Paciente	Jose Londono	Documento Identidad			1.256.448
Nombre Responsable Paciente	Diego Fernando Londono	Documento Identidad			1.090.076.091
Nombre Funcionario	J. Andres Agudelo P.	Documento Identidad			6119281

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	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 Tamenaco	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 solicitarla a domicilio con un cargo adicional por envío, comunicandose a nuestra Línea de Atención al Usuario:

LINEAS 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	3302770-3401511	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 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, cánula, trampa de agua), recargas de cilindros de respaldo deberá comunicarse a la LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO

(Continúa Página 2)

DECLARACION DE CAPACITACION

Yo Diego Fernando Londono con cédula de ciudadanía N° 1.090.076.091 que soy atendido por Oxipro S.A.S con la autorización de la EPS U.C.E.S. o en mi calidad de acudiente Yo Diego Fernando Londono con cédula de ciudadanía N° 1.090.076.091

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 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@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, Servicios de arrendamiento de equipos, Campañas administrativas, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares, 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 verificada.

FIRMAS DE LA DECLARACION

Firma Paciente:	Firma Responsable del Paciente:	Firma Funcionario:
	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>