

Nº
OX-CC 017883

CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES
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

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

Nombre Comodante: OXIPRO S.A.S "OXIPRO" Fecha: 20/04/2022

II. DATOS COMODATARIO – (PACIENTE)

Nombre Comodatario: CLAUDIA RINCON Documento Identidad: 51 658 794
Dirección Comodatario: CARRERA 6E # 40-30. Tel Comod: 321 364 0848
Dirección Ubicación Equipo: CRA 6E # 40-30. Tel Ubicac: 321 358 0848
Descripción Ubicación Equipos: Paciente Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro
Ciudad: BOGOTÁ Departamento: CUNDINAMARCA
Flujo (L/min): 2 Horas: 24 EPS: NUEVA EPS 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: MICHELL CARRANZA Documento Identidad: 1007542469
Dirección: CARRERA 6E # 30-40 Teléfono: 321 354 0848
Ciudad: BOGOTÁ Departamento: CUNDINAMARCA
Parentesco: Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro: NUERA

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1	Nombre	YEISON RINCON	Dirección	CRA 6 ESTE # 40 30.
	Teléfono		Celular	313 2428854
	Empresa		Dir. Empresa	
			Tel. Empresa	
2	Nombre	COZ PARADA	Dirección	CRA 6 ESTE # 40-30
	Teléfono		Celular	320 9363534
	Empresa		Dir. Empresa	
			Tel. Empresa	

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	7F95E2071070243	4 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
Cilindro de Respaldo	190941129	1 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
Regulador de Cilindro	RR-2079918	0,15 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
Cilindro Portátil	90524020	0,35 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
Regulador C Portátil	270402832	0,18 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input 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"/> M	<input type="checkbox"/>	
	Filtros	0,01 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
	Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
	Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
	Cable	0,01 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
	Ruedas	0,04 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
Cabina			1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
INSUMO	Humidificador	29	Cánula	NO	Carrito 01788	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@oxiproas.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 ha sido suministrado de forma voluntaria y es verídica.

EL COMODANTE – OXIPRO S.A.S
Firma del Comodante (Representante): CRISTIAN MARTINEZ
Nombre Comodante (Representante): CRISTIAN MARTINEZ
Documento Identidad (Representante): OPN 147

EL COMODATARIO - PACIENTE y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FISICA DEL COMODATARIO (Paciente) Y A FAVOR DE ESTE
Marque con una X la figura que firmará el presente contrato Paciente "A Ruego"
Firma del Comodatario: MICHELL CARRANZA
Nombre de el Comodatario: MICHELL CARRANZA
Documento Identidad del Comodatario: 1007542469

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	BOGOTÁ	Fecha	20 de CA 2017	Hora	11:40
Nombre del Paciente	CLAUDIA PINCON.	Documento Identidad	91 658794.		
Nombre Responsable Paciente	MICHEL CARRANZA	Documento Identidad	1007642469		
Nombre Funcionario	CRISTIAN MARTINEZ.	Documento Identidad	SPN 147		

CAPACITACIÓN

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 efectuarla en la sede de atención al Usuario más cercana a su domicilio:

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 Tamanaco	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:

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 314 7912353
Eje Cafetero	3302770-3401511	8:00 am a 6:00 pm	8:00 am a 12:00 m	

- 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

DECLARACION DE CAPACITACION (Continúa Página 2)

Yo _____ que soy atendido por OXIPRO S.A.S, con la autorización de la EPS _____ con cédula de ciudadanía N° _____ o en mi calidad de acudiente Yo MICHEL con cédula de ciudadanía N° 1007642469 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.

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, 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.

FIRMAS DE LA DECLARACION

Firma Paciente:	Firma Responsable del Paciente:	Firma Funcionario:
	<u>MICHEL CARRANZA</u>	<u>CRISTIAN MARTINEZ</u>

N°
OX-OV 20985

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	CLAUDIA RINCON	Documento	51658294	Dirección	CR 6 E # 40-30	Fecha	200922
Entidad	NUERA EPS	Teléfono	3213540848	Consumo	2 x 24	Autización	
Solicitante	CLAUDIA RINCON	Parentesco	PACIENTE	Teléfono	3213540848		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
	ENTREGA INICIAL	CONCENTRADOR Y CILINDRO
	ENTREGA PORTATIL	PERMANENTE

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/trador	Código
------------	-------	---------------	----------------	---	-----------------	--------

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados										Códigos Equipos Recogidos																					
CONCENTRADOR	7	F	3	8	E	2	0	7	9	0	7	0	2	4	3	CONCENTRADOR															
C. RESPALDO	7	F	3	8	E	2	0	7	9	0	7	0	2	4	3	C. RESPALDO															
REGULADOR 540	7	F	3	8	E	2	0	7	9	0	7	0	2	4	3	REGULADOR 540															
C. PORTATIL	7	F	3	8	E	2	0	7	9	0	7	0	2	4	3	C. PORTATIL															
REGULADOR 870	7	F	3	8	E	2	0	7	9	0	7	0	2	4	3	REGULADOR 870															
CARRITO P.	7	F	3	8	E	2	0	7	9	0	7	0	2	4	3	CARRITO P.															

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 ENTREGAN 100 EQUIPOS EN BUEN ESTADO PROBADOS REVISADOS EN PERFECTAS CONDICIONES PC1

Hora Servicio: **11:42**

Funcionario Entrega: **CRISTIAN MARTINEZ** Documento: **SPN 147**

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 NO
CÁNULA SI NO
TRAMPA DE AGUA SI NO

PAGOS **CALIDAD DEL SERVICIO**

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$ 3700	\$ 0	\$ 0	\$ 3700

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO
MUY MALO

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. 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	Michell Dayana Carranza	Firma	Michell Carranza	Huella
Documento	1007542469	Parentesco:	Nuera	
Teléfono	3213540848	Cel:		
Dirección Actual	Cr 6 este # 40-30 Sur.			