

N°  
**OX-OV 020787**

**ORDEN DE VISITA**  
 LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520  
 LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO LA CAJETERA: 3302770-0401511-114791233

Código: OX-0001PR02  
 Fecha: Agosto 01 de 2017  
 Versión: 2  
 Página 1 de 2

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente: <b>Mrs de Cárdenas Guzmán</b>	Documento: <b>193861816</b>	Creado: <b>CL 6#12-46 Mrs de Cárdenas Guzmán 25722</b>
Entidad: <b>Provisora</b>	Teléfono: <b>3219560855</b>	Contorno: <b>1/2</b>
Solicitante: <b>Leidy G Puente</b>	Parentesco: <b>Madre</b>	Teléfono: <b>3219560855</b>

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130485617	Entrega inicial de material en soporte	
130485620	Entrega puntual permanente	

**REVISIÓN TÉCNICA**

Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Paralelo <input type="checkbox"/> Inverso	Hora Contador	Código
------------	-------	---------------	----------------	--	---------------	--------

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

Códigos Equipos Entregados										Códigos Equipos Recogidos									
<b>CONCENTRADOR</b>																			
<b>C. RESPALDO</b>																			
<b>REGULADOR 540</b>																			
<b>C. PORTATIL</b>																			
<b>REGULADOR 870</b>																			
<b>CARRITO R</b>																			

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**

<input checked="" type="checkbox"/> CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/> C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/> C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/> REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/> REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/> CARRITO
--	---	---	---	---	---

**REPORTE DE DAÑOS**

Daño/Perdida	Vlunit	Cant	Daño/Perdida	Vlunit	Cant	Daño/Perdida	Vlunit	Cant	Daño/Perdida	Vlunit	Cant
Filtro Exterior Central	\$0.000		Resorte Filtro Lateral	\$15.000		Carcasa Contador	\$150.000		Atornillos Soporte Humidificador	\$20.000	
Filtro Exterior Lateral	\$0.000		Manga	\$60.000		Cable de Poder	\$20.000		Cambio Portatil	\$20.000	
Roca Concentrador	\$40.000		Flujómetro	\$60.000		Adapt. a Humidificador	\$15.000		Regulador 870	\$20.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$40.000		Regulador 540	\$40.000	
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 (Escribir causas y/o causas del daño):  
**Se entregan los equipos probados y puestos en perfectas condiciones, se entrega cables y humidificadores nuevos y en buen estado. Vale por el**

Funcionario Entrega: **Andrés Chab** Documento: **SPN 523**

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

**RECOGIDA DE EQUIPOS**

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Origen 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 Sin NO):  
 HUMIDIFICADOR  SI  
 CÁMULA  SI  
 TRAMPA DE AGUA  SI

**PAGOS**

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuenta Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$	\$	\$	\$

**CALIDAD DEL SERVICIO**

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación):  
**EXCELENTE**  **BUENO**  **REGULAR**  **BAJO**  **MUY BAJO**   
**Excelente**

**AUTORIZACIÓN PARA DAR DATOS** En cumplimiento del Régimen General de Protección de Datos Personales, con el consentimiento de mis datos personales en el presente Contrato, autorizo de manera voluntaria, expresa e informada a OXPRO S.A.S. identificada con NIT 900.481.014.0 y dirección electrónica [protecciondatos@oxpro.com](mailto:protecciondatos@oxpro.com) en calidad de RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales. OXPRO S.A.S. queda autorizada para realizar: consultas, atención, usar, transferir, compartir, comunicar, procesar, actualizar, incluir, transferir, almacenar, registrar, suscribir y disponer mis datos personales así autorizados, de acuerdo con las actividades relacionadas con el estado social de la compañía, comercial, procesos, actualizaciones, estado financiero, atención al cliente, suscripción y disposición de los datos personales de los usuarios, Emisiones de Opinión, la Compañía en especial para Capacitación, Historial de visitas, programación de presentaciones y preventivos, registro de exámenes diagnósticos, gestión de pedidos médicos y medicamentos, Emisiones de Opinión, atención al cliente (servicio PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento y cumplimiento de obligaciones financieras, gestión de necesidades internas, Atención de información a los Usuarios, Servicios de atención de emergencia, Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones, Control de Inventario, Gestión de calidad. Finalmente declaro que la información y datos personales que he proporcionado para el tratamiento por parte de OXPRO S.A.S. lo he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

**INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO**

Nombre: <b>Leidy Lorena Cárdenas Guzmán</b>	Firma:	Huella:
Documento: <b>1071130168</b>	Parentesco: <b>MADRE</b>	
Teléfono: <b>3219560835</b>		
Dirección Actual: <b>CL 6#12-46</b>		

**ORDEN DE VISITA**  
**LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520**  
**LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAPIPERO: 3302770-3401511**

Código	001-000-PM-18
Fecha	Aguilón 08 de 2017
Hora	2

Página 2 de 4

SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO				
Sede	Dirección	Horario de atención		
		Lunes a Viernes	Sábado	
Dosquebradas	Carrera 2A No. 7-30 Zona Industrial La Balsa Mariposa 4 Bodega 4	8:00 am a 12:00 m y 2:00 Pm a 5:00 pm	8:00 am a 1:00 pm	
Manizales	Carrera 21 No 23-21 Edificio Termanago	8:00 am a 3:30 pm	9:00 am a 11:30 am	
Armenia	Calle 7 No. 21-45 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	

LÍNEAS DE ATENCIÓN AL USUARIO					
Seccional	Teléfono	Horario de atención			Emergencias 24 horas
		Lunes a Viernes	Sábado		
Bogotá	4320520	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	4320520	
Eje Cafetero	3302770-3401511	8:00 am a 6:00 pm	8:00 am a 12:00 m	314 7912353	

**Cancelación Cuota Moderadora**

- Recuerde que usted podrá tener acceso a nuestros servicios realizando el pago mensual de la cuota moderadora.
- Recuerde tener a mano su soporte de pago de cuota moderadora, en el momento de recibir algún tipo de servicio por parte de nuestra compañía de lo contrario solicite el respectivo recibo de pago al momento de requerir el servicio en el Call Center.
- Reclame siempre su recibo como soporte de cualquier pago o servicio realizado a su nombre.

**Opciones de Pago**

- Consignación Banco de Bogotá, Cuenta de Corriente: 291183275 - Con el número de documento del paciente como referencia en la consignación
- Pago en Sede de atención al usuario

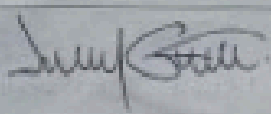
**Concentrador, Cilindro de Respaldo y Recarga**

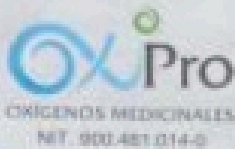
- El concentrador es la fuente principal de suministro de oxígeno por lo cual es de vital importancia para el bienestar del paciente el buen funcionamiento de este equipo. El paciente debe cuidar los equipos teniendo en cuenta esta consideración. Es importante mantener el humidificador (vaso de agua) en el nivel indicado y realizarle limpiezas periódicas. Además se recomienda utilizar agua oxital manteniendo el humidificador en unas condiciones de limpieza e higiene ideal.
- El Cilindro de Respaldo debe ser usado ÚNICAMENTE para casos de emergencia, recuerde no gastarlo innecesariamente, de él puede depender su vida.
- El Cilindro de Respaldo debe ser usado en caso que exista suspensión del suministro del fluido eléctrico o en casos en que el concentrador de oxígeno presente alguna falla en cuyo caso debe llamarse de inmediato a nuestra línea de Atención al usuario para informar el daño.

**Prestación del Servicio**

- Si tiene alguna duda, inquietud, sugerencia o reclamo acerca de nuestro servicio, por favor comunicarse a la Línea de Atención al usuario y/o escribir al correo electrónico: [atencioncliente@oxigenoensucasa.com](mailto:atencioncliente@oxigenoensucasa.com)
- Los funcionarios de Oxigeno S.A.S. deben presentarse debidamente identificados, con carné y uniforme, al momento de realizar una visita; si tiene dudas o sospechas sobre el personal que atiende su servicio, por favor comunicarse inmediatamente a la Línea de Atención al usuario.

**AVISO:** Siempre ajustar los equipos al consumo recetado por su médico.  
 No hacerlo puede representar riesgos para su salud.

<input checked="" type="checkbox"/> SI		<b>PACIENTE O ACUDIENTE PRESENTA ORDEN MÉDICA</b>	<input type="checkbox"/> NO
Lin	No. Orden Médica	Yo declaro (Paciente o Acudiente):	Firma
Horas	Fecha DM		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer el consumo recetado por el médico</li> <li>• Saber regular los equipos de Oxígeno al consumo recetado</li> <li>• Que ajustaré los equipos al consumo recetado en la Orden Médica.</li> </ul>	



Nº  
OX-CC 018565

**CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES**  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EL CAJETERO 32275-34181-342791223

Fecha: Agosto 04 de 2022  
Página: 1 de 1

**I. COMEDANTE - OXPRO S.A.S (Representante pro)**  
Nombre Comedante: OXPRO S.A.S "OXPRO" Hijo de Alfuentes Guerrero Fecha: 25 07 2022

**II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)**  
Nombre Comodatario: Hijo de Alfuentes Guerrero Documento Identidad: 173861876  
Dirección Comedatario: Calle 6412-46 conjunto urbanización de sabana, Bogotá Tel Comod: 3219560855  
Dirección Liberación Equipo: Cl. 6412-46 Conjunto urbanización de sabana Tel Liberac: 3219560855  
Descripción Liberación Equipo:  Paciente  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tío(a)  Otro  
Ciudad: La Calera Departamento: Cundinamarca  
Flujo (Litros): 1/2 Horas: 24h EPS: FamiSant Nivel BC:

**III. DATOS FIRMANTE "A RUGO"**  
Persona que Firma Contrato:  Paciente  "A RUGO" El numeral III debe ser diligenciado únicamente si la firma es "A RUGO"  
Nombre: Jerdy Alfuentes Documento Identidad: 107170168  
Dirección: Cl. 6412-46 conjunto urbanización de sabana Teléfono: 3219560855  
Ciudad: La Calera Departamento: Cundinamarca  
Parentesco:  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tío(a)  Otro

**IV. REFERENCIAS PERSONALES**

1	Nombre	Yeimy Guerrero	Dirección	Cl. 6412-46
	Teléfono	3142536638	Celular	3142536638
	Empresa		Dr. Empresa	
	Parentesco	Madre	Tel. Empresa	
2	Nombre	Yellissa Guerrero	Dirección	Cl. 6412-46
	Teléfono	3023218782	Celular	3023218782
	Empresa		Dr. Empresa	
	Parentesco	Tío	Tel. Empresa	

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

EQUIPO	CODIGO	VL. CEIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	Marca: Modelo:	4 (SMLV)	0	✓	✓	CP 6167
Cilindro de Respaldo	2 23 02 3 0 0 5 6	1 (SMLV)	1	✓	✓	
Regulador de Cilindro	2 1 0 4 0 4 0 8 5	0.15 (SMLV)	1	✓	✓	
Cilindro Portatil	0 8 2 1 4 7 9 1	0.35 (SMLV)	1	✓	✓	
Regulador C Portatil	2 1 0 4 0 0 9 0 9	0.18 (SMLV)	1	✓	✓	

INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR	COMPONENTE	VL. CEIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
	Panel	0.71 (SMLV)	0	✓	✓	
	Filtros	0.01 (SMLV)	0	✓	✓	
	Fijometro	0.15 (SMLV)	0	✓	✓	
	Interruptor Encendido	0.02 (SMLV)	0	✓	✓	
	Cable	0.01 (SMLV)	0	✓	✓	
	Ruedas	0.04 (SMLV)	0	✓	✓	
	Cabina		0	✓	✓	

INSUMO	Humidificador	Cánula	Carrito	Trampa de Agua
	5	5	5	0 0

**AUTORIZACIÓN MARCAS DATA.** En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data, regulado por la Ley 1712 de 2014 y sus Decretos reglamentarios, con el ingreso de mis datos personales en el presente Contrato, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXPRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica [proteccion@oxpro.com.co](mailto:proteccion@oxpro.com.co) en calidad de RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXPRO S.A.S queda autorizada para recolectar, consultar, almacenar, usar, circular, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, almacenar, conservar y disponer mis datos personales así como administrarlos, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto social de la Compañía y en especial para Capacitación, Atención al Usuario, programas de promoción y prevención, registro de incidencias, diagnósticos, gestión de órdenes médicas y medicamentos, Emisiones de Operación, atención al cliente especial para Capacitación, Atención al Usuario, programas de promoción y prevención, registro de incidencias, diagnósticos, gestión de órdenes médicas y medicamentos, Servicios de mantenimiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información de contacto en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones, Control de inventarios, Gestión de cobros. Finalmente declamo que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXPRO S.A.S ha suministrado de forma voluntaria y por veracidad.

**VI. COMEDANTE - OXPRO S.A.S**  
Fecha del Comedante (Representante): Andrés Chob  
Nombre Comedante (Representante): Andrés Chob  
Documento Identidad (Representante): SPN 573

**VI. COMODATARIO - (PACIENTE) y FIRMA "A RUGO" POR INCAPACIDAD FÍSICA EN EL COMODATARIO (Paciente) Y A FAVOR DE ESTE**  
Máximo con voz o a la vista que firma a su nombre:  Paciente  "A RUGO"  
Fecha de el Comedatario: July 2022  
Nombre de el Comedatario: Jerdy Lozano Alfuentes  
Documento Identidad del Comedatario: 107170168

**CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES**

LÍNEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4329529  
UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO DE CAJICERO, SINTO-MERIDIANO-14000001

Fecha	02/07/2022
Fecha de Emisión	02/07/2022
Valor	0
Referencia	

**V. CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS**

Las partes, definidas arriba en los numéros 1 y 2 que en adelante serán referidas como COMODANTE y COMODATARIO, han convenido celebrar un contrato de comodato que se regirá por las cláusulas que a continuación se enuncian y en lo previsto en ellas por la legislación legal vigente aplicable a la materia de que trata el presente documento.

**CLAUSULA PRIMERA - OBJETO:** EL COMODANTE entrega a EL(LA) COMODATARIO (A) el (los) equipo(s) que se le entregan fuertemente descritos anteriormente en INVENTARIO DE EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado). El régimen legal que rige este contrato es el contenido en los artículos 2000 y siguientes del Código Civil Colombiano.

EL COMODANTE podrá estar representado en este acto por funcionarios o empleados bajo su subordinación, quienes lo representarán en todo lo relacionado con el desarrollo, ejecución y terminación del mismo. Estos tendrán las mismas facultades, derechos y obligaciones establecidas en la legislación Colombiana para el Factor, según lo establecido en los Artículos 1332 y siguientes del Código de Comercio.

**CLAUSULA SEGUNDA - Propiedad De Los Equipos:** - EL COMODATARIO - reconoce y acepta que el (los) equipos descritos anteriormente en el presente documento son de propiedad exclusiva de EL COMODANTE. EL COMODATARIO - (paciente) Será responsable de la adecuada utilización del (los) equipo(s) y pagará el costo que cause cualquier reparación y los requisitos necesarios para la misma, si el daño es causado por el mal uso o el maltrato de todo el equipo o de sus componentes.

**CLAUSULA TERCERA- Estado De Equipos:** EL COMODANTE, entrega a EL COMODATARIO - (paciente) en perfecto estado de funcionamiento, conservación y aptitud para su uso EL (LOS) EQUIPOS descritos en INVENTARIO DE EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS, quien declara haberlos recibido en dicha forma, y notifica con la suscripción del presente documento.

**CLAUSULA CUARTA- Traslado De La Ubicación De Equipos:** EL (LOS) EQUIPO(S) no podrá(n) ser trasladado(s) por EL COMODATARIO - (paciente), ni por terceros a un lugar diferente del relacionado como UBICACIÓN DE LOS EQUIPOS y donde permanecerán (EL) LOS EQUIPO(S) en la parte de NOTIFICACIONES del presente documento, la misma donde ha(n) de ser utilizado(s). Cualquier movilización solo podrá ser autorizada por EL COMODANTE previamente y por escrito, de lo contrario se tendrá esta acción como hurto del (los) equipo(s).

**CLAUSULA QUINTA- Pérdida, Daño, Hurto De Equipos:** En caso de pérdida, destrucción total, hurto o cualquier otra situación similar de EL (LOS) EQUIPOS, el valor de los mismos, zona asumido en su totalidad por EL COMODATARIO - (paciente) a favor de EL COMODANTE, de acuerdo a los tarifas de valor comercial del (los) mismo(s) y que se encuentran descritos en la tabla DE INVENTARIO DE EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS del presente contrato.

**CLAUSULA SEXTA- Obligaciones del COMODATARIO:** En virtud del presente contrato EL COMODATARIO - (paciente) se obliga: a) Conocer y aplicar las recomendaciones de seguridad y manejo de los equipos de Oxigenoterapia entregados, y en caso de desconocimiento solicitar información a EL COMODANTE.

b) Cuidar y mantener en buen estado EL (LOS) EQUIPO(S) recibidos en comodato y descritos en la CLAUDULA PRIMERA de la presente relación contractual, respondiendo por todo daño que sufran (los) mismo(s), salvo aquellos que se deriven del deterioro normal por su uso legítimo. c) Mantener EL (LOS) EQUIPO(S) en buen estado de conservación d) Restituir EL (LOS) EQUIPO(S) al vencimiento del contrato que EL COMODANTE tenga celebrado con la EPS, o cuando EL COMODATARIO - (paciente) se traslade a una EPS diferente a la arriba descrita, o a la muerte de EL COMODATARIO - (paciente) o a la cesación del procedimiento médico y por lo tanto suspensión del suministro del Oxígeno como consecuencia de dicha cesación y a instancias de todas formas de la determinación de la EPS e) Utilizar EL (LOS) EQUIPO(S) de acuerdo con el uso autorizado f) Dar aviso a EL COMODANTE de cualquier deterioro, o falta que sufran EL (LOS) EQUIPO(S), especialmente si dicho mismo se deriva alguna lesión para el funcionamiento comodato de los mismos y permitir a EL COMODANTE la respectiva gestión para restablecer el buen funcionamiento de los equipos g) Oponerse en su calidad de tenedor, contra cualquier acción de terceros que afecte el uso tranquilo y pacífico de EL (LOS) EQUIPO(S) por parte de EL COMODATARIO - (paciente), o la propiedad de este(s) en cabeza de EL COMODANTE, o cualquier otra perturbación que se presentare, dando aviso a EL COMODANTE del hecho a más tardar dentro de los dos (2) días siguientes a la ocurrencia. h) La transferencia del (LOS) EQUIPO(S) a cualquier título a un tercero y i) Las demás obligaciones propias de la naturaleza de este tipo de contratos.

EL COMODATARIO - (paciente) no hará cargo y responderá por el buen uso y trato de EL (LOS) EQUIPO(S) entregado(s). En el caso de que hubiere de efectuarse cualquier reparación a EL (LOS) EQUIPO(S) el mal uso o maltrato de este(s) por parte de EL (LA) COMODATARIO (A) (paciente), los costos de la reparación correrán a cargo de este último. EL COMODATARIO - (paciente) responderá hasta por la culpa grave respecto de EL (LOS) EQUIPO(S) entregado(s) en COMODATO.

**CLAUSULA SEPTIMA- Terminación del Contrato:** Si EL COMODATARIO - (paciente) incumpliere una o cualquiera de las obligaciones a su carga, el COMODANTE podrá exigir la restitución de los equipos y dar por terminado el presente contrato.

**CLAUSULA OCTAVA- Otras Causales de Terminación del Contrato:** El contrato termina además en los siguientes casos, debiendo EL COMODATARIO - (paciente) o sus herederos restituir el (los) equipo(s) si: 1) Por muerte de EL COMODATARIO - (paciente) 2) sobreviniera a EL COMODANTE una necesidad imprevista del (los) equipo(s) 3) EL COMODATARIO - (paciente) le da al (los) equipo(s) un uso distinto al contenido en este contrato.

**PARAGRAFO- Restitución:** En estos casos la restitución deberá hacerla EL COMODATARIO - (paciente) o sus herederos en el momento en que así lo solicita EL COMODANTE sin que pueda excusarse de restituir el (los) equipos, ni alegar en caso alguno derecho de retención. En cualquier caso EL COMODATARIO - (paciente) deberá restituir el (los) equipo(s) en el mismo buen estado en que lo(s) recibió.

**CLAUSULA NOVENA- Visitas de Verificación:** EL COMODANTE puede realizar visitas periódicas al lugar de domicilio de EL COMODATARIO - (paciente) para verificar el estado actual de el (los) equipo(s).

**CLAUSULA DÉCIMA - Buen Estado de los Equipos:** EL COMODATARIO - (paciente) declara que a la fecha de este documento ha recibido del COMODANTE los equipos que conde cabalmente el (los) equipo(s) que recibe en comodato o préstamo de uso y por consiguiente no podrá exigir del COMODANTE las indemnizaciones a que se refiere el artículo 2017 del Código Civil por mala calidad o condición del (los) equipo(s) ni alegar derecho de retención por estos conceptos.

**CLAUSULA DÉCIMA PRIMERA:** En el evento en que por razones de salud EL COMODATARIO (paciente) beneficiario del servicio, no pueda suscribir con su firma autógrafa el presente documento, la suscripción o firma del mismo, podrá hacerse "a ruego" por un familiar o persona responsable ante la EPS, que debe ser mayor de edad. La firma a ruego no libera al Paciente y a sus herederos de las obligaciones derivadas del presente contrato.

**CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA:** Las partes establecen como domicilio contractual y judicial la ciudad de Bogotá D.C. por lo cual establecen las siguientes direcciones:

EL COMODANTE: OXPHO S.A.S en la dirección de notificación: Cra. 27 No. 168-46

EL COMODATARIO - (paciente): Dirección CL 6 #12-26 Conjunto Altos de Siberia

Teléfono 3139563855

**CLAUSULA DÉCIMA TERCERA:** El contrato podrá ser firmado por el representante legal del comodante o el funcionario que este designe.

En constancia de lo anterior se suscribe por las partes, en dos (2) ejemplares del mismo tenor y valor, en la ciudad de La Calera Departamento

de Cundinamarca a día 25 del mes Julio año 2022

**DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO**

Ciudad	La Ciénega	Fecha	25 7 2022	Hora	07:05
Nombre del Paciente	Hija de G. Puentes Guevar	Documento Identidad	193961876		
Nombre Responsable Paciente	Leidy Cifuentes	Documento Identidad	1041170168		
Nombre Funcionario	Andrés Chala	Documento Identidad	SPU 573		

**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 cilindros portátiles 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	
Colegiaciónes	Carrera 26 No. 7-35 Zona Industrial La Rada 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 Tamarindo	8:00 am a 3:30 pm	9:00 am a 11:30 am	
Armenia	Calle 7 No. 21-46 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 solicítelo a domicilio con un cargo adicional por envío, comunicándose 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	8446062	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	8446062
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 entregársela 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 insuflador (humidificador, válvula, trampa de agua), recargas de cilindros de respaldo deberá comunicarse a la LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO.

( Continúa Página 2 )

**DECLARACIÓN DE CAPACITACION**

Yo \_\_\_\_\_ con cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_ que soy atendido por Oxipro S.A.S. con la autorización de la EPS \_\_\_\_\_ o en mi calidad de acudiente Yo \_\_\_\_\_ con cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_

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 HABERES DATA.** En cumplimiento del Régimen General de Haberes Data, regulado por la Ley 1097 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el ingreso de mis datos personales en el presente Control, 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) con un calidad de PROYONABLE, 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, revelar, compartir, conservar, procesar, actualizar, crear, transferir, transmitir, depositar, copiar y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con los fines y/o fines conexos con el objeto social de la Compañía y en especial para Capacitación, Historia clínica, diagnóstico, pronóstico y prevención, registro de eventos (Incidencias, gestión de órdenes médicas y medicamentos, Encuestas de Opinión, abonos al cliente (gestión PORS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Recopilación de información a los Usuarios, Servicio de mantenimiento 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 calidad. Finalmente declaro que la información y datos personales que he ingresado para el presente por parte de Oxipro S.A.S. he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

**FIRMAS DE LA DECLARACION**

Firma Paciente:	Firma Responsable del Paciente:	Firma Funcionario: