


**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 06 06 2022

II. DATOS COMODATARIO (Paciente)

Nombre comodatario	Jose Joaquin Alvarez Perez		Documento Identidad	45-092
Dirección comodatario	Carrera 70 H # 122-98		Teléfono comodatario	601. 617. 8247
Dirección ubicación equipo	Carrera 70 H # 122-98		Teléfono ubicación	601. 617. 8247
Descripción ubicación equipos	<input checked="" type="checkbox"/>	Paciente	<input type="checkbox"/>	Padre/Madre
	<input type="checkbox"/>	Sobrino (a)	<input type="checkbox"/>	Hijo(a)
	<input type="checkbox"/>	Tío(a)	<input type="checkbox"/>	Otro
	<input type="checkbox"/>			¿Cuál?
Ciudad	Bogotá d.c.		Departamento	Cundinamarca
Flujo (l/min)	2. l.	Horas	24 H	EPS Familiar
				Nivel IBC

III. DATOS FIRMANTE (A ruego)

Persona que firma contrato	<input checked="" type="checkbox"/>	Paciente	<input type="checkbox"/>	A ruego	*Diligencia únicamente si la firma es "A Ruego"	
Nombre	Jose Joaquin Alvarez Perez		Documento Identidad	45-092		
Dirección	Carrera 70 H # 122-98		Teléfono	601. 617. 8247		
Ciudad	Bogotá		Departamento	Cundinamarca		
Parentesco	<input type="checkbox"/>	Padre/Madre	<input type="checkbox"/>	Hijo(a)	<input type="checkbox"/>	Hermano(a)
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Sobrino(a)	<input type="checkbox"/>	Tío(a)
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Otro	¿Cuál?	

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1	Nombre	Nelson Alvarez	Dirección	Carrera 70 H # 122-98	Parentesco	Hijo
	Teléfono	601. 617. 8247	Celular	3192648792	Tel. Empresa	
	Empresa		Dir. Empresa			
2	Nombre	Alicia Caceres	Dirección	Carrera 70 H # 122-98	Parentesco	conyugue
	Teléfono	601. 617. 8247	Celular		Tel. Empresa	
	Empresa		Dir. Empresa			

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

Equipo	Código	Valor CCIAL	Estado	Observaciones
Concentrador portátil	CB B021 8510131	12,15 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
	Marca AIRSEP			
	Modelo FreeStyle 5 Ref: AS095-101			
Batería	2017480749	0,96 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
Fuente de alimentación universal CA/CC		0,90 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
Cable de alimentación de CA		0,15 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
Cable de alimentación de CC		0,03 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
Bolsa de transporte concentrador + correa para el hombro		0,11 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
Bolsa de transporte de accesorios + correa para el hombro		0,6 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
Filtro		0,01 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
INSUMO		Cánula		

EL COMODANTE – OXIPRO S.A.S.

Firma

Nombre

Documento

Santiago Lopez

1013691844

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

Nombre

Documento

Jose Joaquin Alvarez

45.092



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 perjuicio 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: Jose Joaquin Alvarez Perez
Documento: 45.092. Parentesco: Paciente
Teléfono: 601.6178247 Cel: 319.2648792
Dirección: Carrera 70 # # 122-98
EPS: Famisanza
Cotizante Beneficiario _____ EPS-S _____

Firma





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: Jose Joaquín Alvarez Perez
 Documento: 45.092 Parentesco: Paciente
 Teléfono: 601 617 8247 Cel: 319 2648792
 Dirección: Cra 70 H # 122-98
 EPS: Familiar
 Cotizante Beneficiario _____ EPS-S _____

Firma

Huella

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	Bogotá - d.c.	Fecha	06 06 2022	Hora	07:50
Nombre del paciente	José Joaquín Álvarez Pérez	Documento identidad	45.092.		
Nombre responsable paciente	Nelson Álvarez	Documento identidad	19.351.075.		
Nombre funcionario	Santiago López	Documento identidad	1.012.691.844		

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, 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) José Joaquín Álvarez Pérez identificado con documento No. 45.092. 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: 	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 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.

Nº
OX-OV 020491

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: Jose Alvarez Documento: 45092 Dirección: Cc 70H #122-98 Fecha: 6/6/22
Entidad: Famisanca Teléfono: _____ Consumo: _____ Autorización: _____
Solicitante: Jose Alvarez Parentesco: Paciente Teléfono: 319 264 8792

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: 130475431 Tipo de Servicio: Concentrador Portatil, Concentrador y cilindro de respaldo
130475432 Bala Concentrador portatil Observación: _____

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	N	A	-	4	6	4	9	B.												
C. RESPALDO	L	2	1	7	1	1	7	6	0	2	2									
REGULADOR 540	R	R	-	2	2	4	0	8	B.											
C. PORTATIL																				
REGULADOR 870																				
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 portatil, Baterías portatil, cilindro de respaldo y concentrador en perfectas condiciones pagado y revisado Hora Servicio: 7:50 AM

Funcionario Entrega: Santiago Lopez Documento: JRY 874

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 VOLUNTARIA Fallecimiento del Paciente.
ORDEN MÉDICA Devolución Voluntaria.
CAMBIO Por Orden Médica.
AFILIACIÓN Cambio de Proveedor.
AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR 090919
CÁNULA 10628A
TRAMPA DE AGUA

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

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: Jose Alvarez Parentesco: Paciente
Documento: 450 92 Teléfono: _____ Cel: 319 264 87 92
Dirección Actual: Cc 70H #122-98

Firma: _____ Huella: _____

N°
OX-CC 018574

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" *Santiago Lopez* Fecha: 6 / 6 / 22

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)

Nombre Comodatario: *Jose Alvarez* Documento Identidad: *45092*
Dirección Comodatario: *Ce 70 H # 122-98* Tel Comod: *3192648792*
Dirección Ubicación Equipo: *Ce 70 H # 122-98* Tel Ubicac: *3192648792*
Descripción Ubicación Equipos: Paciente Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro
Ciudad: *Bogota* Departamento: *Cundinamarca*
Flujo (L/min): *2 ltr* Horas: *24 h* EPS: *Tomisarc* Nivel IBC: *Paciente*

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: *Jose Alvarez* Documento Identidad: *45092*
Dirección: *Ce 70 H # 122-98* Teléfono: *3192648792*
Ciudad: *Bogota* Departamento: *Cundinamarca*
Parentesco: Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro *Paciente*

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1 Nombre: *Nelson Bogares* Dirección: *Hijo*
Teléfono: *3192648792* Celular: *3192648792* Parentesco: *Hijo*
Empresa: *Dir. Empresa* Tel. Empresa: *Dir. Empresa*

2 Nombre: *Alejo Bogares* Dirección: *Esposo*
Teléfono: *601678247* Celular: *601678247* Parentesco: *Esposo*
Empresa: *Dir. Empresa* Tel. Empresa: *Dir. Empresa*

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	<i>ANN-4649B</i>	4 (SMLV)	1	B / M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Marca					
	Modelo					
Cilindro de Respaldo	<i>L2171176022</i>	1 (SMLV)	1	B / M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador de Cilindro	<i>RR-22408B</i>	0,15 (SMLV)	1	B / M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cilindro Portátil		0,35 (SMLV)		B / M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador C Portátil		0,18 (SMLV)		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)	3	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)	4	B / M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cabina		1	B / M	<input checked="" type="checkbox"/>	

INSUMO	Humidificador	Cánula	Carrito	Trampa de Agua
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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 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.

EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S

Firma del Comodante (Representante): *[Firma]*
Nombre Comodante (Representante): *[Nombre]*
Documento Identidad (Representante): *[Documento]*

EL COMODATARIO - PACIENTE y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FISICA DE EL COMODATARIO (Paciente) Y A FAVOR DE ESTE

Marque con una X la figura que aplicará en presente contrato: Paciente "A Ruego"

Firma de el Comodatario: *[Firma]*
Nombre de el Comodatario: *[Nombre]*
Documento Identidad del Comodatario: *[Documento]*

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	Bogotá	Fecha	6 6 22	Hora	7:50 AM
Nombre del Paciente	Jose Alvarez	Documento Identidad	45092		
Nombre Responsable Paciente	Jose Alvarez	Documento Identidad	45092		
Nombre Funcionario	Santiago Lopez	Documento Identidad	JRY 874		

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:

SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO		Horario de atención	
sede	Dirección	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:

LINEAS DE ATENCIÓN AL USUARIO		Horario de atención		Emergencias 24 horas
Seccional	Teléfono	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 Jose Alvarez 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° 45092

responsable del paciente nombrado anteriormente quien presenta impedimento físico; Declaro que he recibido capacitación sobre el manejo y seguridad de los equipos entregados por OXIPROS.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 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, 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:
		