

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **Mauricio Rodriguez** Documento: **79880557** Dirección: **Cl 127C # 28-80**
 Entidad: **Famisanar** Teléfono: **3023599829** Consumo: _____
 Solicitante: **Mauricio Rodriguez** Parentesco: **Paciente** Teléfono: **302 3599**

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: **30477-125** Tipo de Servicio: **Entrega Concentrador Portatil** Observación: _____
30477-190 Tipo de Servicio: **Entrega Batería Concentrador Portatil**
30477-191 Tipo de Servicio: **Recogido portatil**

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: _____ Flujo: _____ Concentración: _____ Filtro de aire: Cambio: Limpieza: Hora Contrador: _____ Código: _____

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			
C. RESPALDO				C. RESPALDO			
REGULADOR 540				REGULADOR 540			
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P.				CARRITO P.			

Handwritten notes in table:
 H F = 3 9 9 0 9 3
 D H = 1 0 0 0 0 2
 C D = 2 2 0 0

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR C. RESPALDO C. PORTATIL REGULADOR 540 REGULADOR 870 CARRITO

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 Contrador	\$150.000		Adaptador Salida Humidificador	\$2	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrito Portatil	\$2	
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000		Regulador 870	\$8	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$80.000		Regulador 540	\$8	
Soporte Filtro Central	\$15.000		Botón de Reset	\$10.000		Tapa de Filtro Interno	\$20.000		Otros		

Valor de Daños: \$ _____ Valor Pagado: \$ _____

Nro. Reporte: _____ Recibo Manual: _____ Recibo CRM: _____

Observaciones de la Visita (Ejemplo Descripción del daño):
Se entrega Concentrador portatil CBB 0217510079
Se entrega Batería de Concentrador Portatil 2017480829.
en buen estado. Se recoge bato portatil.
 Funcionario Entrega: **Ruben Darío Reyes** Documento: **Spu 142**

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 MEDICA Por Orden Medica.
CAMBIO Cambio de Proveedor.
AFILIACION Estado Afiliación EPS.

CONSUMIBLES RECIBIDOS
 Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)
 HUMIDIFICADOR
 CANULA **SI 710**
 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 otorgo de mis datos por 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@oxiproas.com RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S. queda autorizado para recolectar, consultar, almacenar, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depositar, exhibir y disponer mis datos personales aquí suministrados de acuerdo con las finalidades relacionadas con el la Compañía y en especial para Capacitación, Historial Clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y medicamentosa, Envío de atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento y cumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información 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 Inventario, otros. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S. ha suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **Mauricio Rodriguez** Parentesco: **Paciente**
 Documento: **79880557** Cal: _____
 Teléfono: **3023599829**
 Dirección Actual: **Cl 127C # 28-80**

Firma: 



CONTRATO DE COMODATO
CONCENTRADOR PORTÁTIL

OXI-00041

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. Ruben Darío Reyes Fecha 14 06 2022

II. DATOS COMODATARIO (Paciente)

Nombre comodatario Mauricio Rodríguez Documento Identidad 79880557
Dirección comodatario calle 127c # 2B-80 Teléfono comodatario 302 3899829
Dirección ubicación equipo _____ Teléfono ubicación _____
Descripción ubicación equipos Paciente Padre/Madre Hijo(a) Hermano (a)
 Sobrino (a) Tío(a) Otro
Ciudad Bogotá Departamento Cundinamarca
Flujo (V/min) 2.0 Horas 24 EPS Famisanor Nivel IBC 1

III. DATOS FIRMANTE (A ruego)

Persona que firma contrato Paciente A ruego
Nombre _____ Documento Identidad _____
Dirección _____ Teléfono _____
Ciudad _____ Departamento _____
Parentesco Padre/Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1 Nombre Gloria Franco Dirección Cll 127c # 2B-80 Apto 21
Teléfono 304 571 3073 Celular 3015713073 Parentesco Madre
Empresa _____ Dir. Empresa _____ Tel. Empresa _____
2 Nombre Carolina Marquez Dirección Cll 127c # 2B-80
Teléfono 3013467505 Parentesco Amiga
Empresa _____ Dir. Empresa _____ Tel. Empresa _____

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

Equipo	Código	Valor CCIAL	Estado	Observaciones
Concentrador portátil	<u>CBB0217510079</u> Marca AIRSEP	12,15 (SMLV)	/	
Batería	<u>2017480829</u> Modelo FreeStyle 5 Ref AS095-101	0,96 (SMLV)	/	
Fuente de alimentación universal CA/CC		0,90 (SMLV)	/	
Cable de alimentación de CA		0,15 (SMLV)	/	
Cable de alimentación de CC		0,03 (SMLV)	/	
Bolsa de transporte concentrador + correa para el hombro		0,11 (SMLV)	/	
Bolsa de transporte de accesorios + correa para el hombro		0,6 (SMLV)	/	
Filtro		0,01 (SMLV)	/	
INSUMO		Cánula		

EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S.

Firma [Firma]
Nombre Ruben Darío Reyes
Documento 7074158604

EL COMODATARIO (Paciente) y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FISICA DEL COMODATARIO Y A FAVOR DE ES

Marque con una x la figura que firmará el presente contrato
 Paciente A ruego
Firma [Firma]
Nombre Mauricio Rodríguez
Documento 79880557



**CONTRATO DE COMODATO
CONCENTRADOR PORTÁTIL**

**FORMATO
GOL-SED-FR-06**

Versión: 1

**Actualización:
07/07/2017**

Página 2 de 2

CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS

Las partes del (da) proba en los numerales I y II que en adelante serán referidos 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 las disposiciones legales aplicables a la materia de que trata el presente acto jurídico.

CLAUSULA PRIMERA - Objeto. El COMODANTE entrega al COMODATARIO a título de COMODATO el (los) equipo(s) que se le entregan físicamente, de los cuales adjuntamente se INVENTARIO DE EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado). El régimen Legal que rige este contrato es el contenido en los artículos 2200 y siguientes del Código Civil Colombiano.

El COMODANTE podrá estar representado en este acto por funcionarios o empleados bajo su subordinación, quienes lo representaran en todo lo relacionado con el desarrollo, ejecución y terminación del mismo. Ellos 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) equipo(s) descritos anteriormente en el presente contrato, es (son) de propiedad exclusiva del COMODANTE. El COMODATARIO (paciente) será responsable de la adecuada utilización del (los) equipo(s) y pagará el costo que cause cualquier reparación y los repuestos necesarios para la misma, si el daño es causado por el mal uso o por el maltrato de todo el equipo o de alguno de sus componentes.

CLAUSULA TERCERA - Estado de Equipos. El COMODANTE entrega al COMODATARIO (paciente) en perfecto estado de funcionamiento, conservación y apto(s) para su uso el (los) equipo(s) descrito(s) en INVENTARIO DE EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS, declarando haberlo(s) recibido en dicha forma, y lo ratifica con la suscripción del presente documento.

CLAUSULA CUARTA - Pérdida, Daño, Hurto de Equipos. En caso de pérdida, destrucción parcial, destrucción total o hurto del (los) equipo(s), el valor del mismo será asumido en su totalidad por el COMODATARIO (paciente) a favor del COMODANTE, de acuerdo a las tarifas de valor comercial que se encuentran descritas en la tabla INVENTARIO DE EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS, expuesta en el numeral V del presente contrato.

CLAUSULA QUINTA - Obligaciones del COMODATARIO. En virtud del presente contrato, el COMODATARIO (paciente) está obligado a: a) Conocer y aplicar las recomendaciones de seguridad y manejo de los equipos de suministro de oxígeno entregados y a) caso de desconocimiento solicitar información al COMODANTE; b) Cuidar y mantener en buen estado el (los) equipo(s) recibido(s) en comodato y descrito(s) en la CLAUSULA PRIMERA de la presente relación contractual, respondiendo por todos los daños que no se deriven del deterioro normal por su uso legítimo; c) Mantener el (los) EQUIPO(S) en buen estado de conservación; d) Restituir al (los) EQUIPO(S) al vencimiento del contrato que el COMODANTE suscribió con la EPS, cuando el COMODATARIO (paciente) se inscriba a una EPS diferente a la descrita anteriormente, cuando suceda la muerte del COMODATARIO (paciente) o cuando se de a lugar la cesación del procedimiento médico y por lo tanto suspensión del suministro del oxígeno como consecuencia de dicha cesación y a instancias de cualquier determinación de la EPS; e) Utilizar el (los) EQUIPO(S) de acuerdo con el uso autorizado; f) Dar aviso al COMODANTE de cualquier deterioro o falla que sufra(n) el (los) EQUIPO(S), especialmente si del mismo se deriva algún riesgo para su correcto funcionamiento y permitir al 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 del (los) EQUIPO(S) por parte del COMODATARIO (paciente) y la propiedad de este en cabeza del COMODANTE, o cualquier otra perturbación que se presentare, dando aviso del hecho al COMODANTE 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; i) Las demás obligaciones propias de la naturaleza de este tipo de contratos. El COMODATARIO (paciente) se hará cargo y responderá por el buen uso y trato del (los) EQUIPO(S) entregado(s). En el caso de que hubiere de efectuarse cualquier reparación al (los) EQUIPO(S), por el mal uso o maltrato por parte del COMODATARIO (paciente), los costos de la reparación correrán a cargo de este último.

CLAUSULA SEXTA - Terminación del Contrato. Si EL COMODATARIO (paciente) incumple cualquiera de las obligaciones a su cargo, el COMODANTE podrá exigir la restitución de los equipos y dar por terminado y el presente contrato.

CLAUSULA SEPTIMA - Otras Causales de Terminación del Contrato. El contrato termina además en los siguientes casos: 1) Por muerte del COMODATARIO (paciente); 2) Si sobreviene al COMODANTE una necesidad imprevista del (los) equipo(s); 3) Si el COMODATARIO (paciente) da al (los) equipo(s) un uso distinto al convenido 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 solicite 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) equipos en el mismo estado en que lo(s) recibió.

CLAUSULA OCTAVA - Visitas de Verificación. El COMODANTE puede realizar visitas periódicas al lugar de domicilio del COMODATARIO (paciente) para verificar el estado actual del (los) equipo(s).

CLAUSULA NOVENA - Buen Estado de los Equipos. El COMODATARIO (paciente) declara que: a) a la fecha de este documento ya recibió del COMODANTE los equipos, conoce cabalmente el (los) equipos que recibe en comodato o préstamo de uso y por consiguiente no podrá exigir del COMODANTE las indemnizaciones a que se refiere el artículo 2217 del Código Civil por mala calidad o condición del (los) equipos, ni alegar derecho de retención por estos conceptos.

CLAUSULA DECIMA - 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 DECIMA PRIMERA - Las partes establecen como domicilio contractual y judicial la ciudad de Bogotá D.C. por lo cual establecen las siguientes direcciones: EL COMODANTE OXIPRO S A S en la dirección de notificación Carrera 22 No. 168-40, EL COMODATARIO (paciente) Dirección _____ Teléfono _____

CLAUSULA DECIMA SEGUNDA - El contrato podrá ser firmado por el representante legal del COMODANTE o el funcionario que este designe. En constancia de todo lo anterior se suscribe por las partes, en dos (2) ejemplares del mismo tenor y valor, en la ciudad de _____ Departamento de _____ el día _____ del mes _____ año _____



DECLARACION DE CAPACITACION CONCENTRADOR PORTÁTIL

FORMATO
GOL-SED-FR-05

Versión: 1

Actualización:
07/07/2017

Página 1 de 1

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad Bogotá Fecha 14 06 2022 Hora
 Nombre del paciente HORACIO RODRIGUEZ Documento identidad 79 880 557
 Nombre responsable paciente Ruben David Reyes Documento identidad 1074158604
 Nombre funcionario Ruben David Reyes Documento identidad 1074158604

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) HORACIO RODRIGUEZ identificado con documento No 79880557
 atendido(a) actualmente por OXIPRO S.A.S. conforme lo indica la autorización de la EPS No fomixanal o en mi calidad de
 accidente Yo Ruben David Reyes identificado con documento No 1074158604
 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 <u>[Firma]</u>	Firma <u>[Firma]</u>	Firma <u>Ruben Reyes</u>

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 sustituirlos por unas nuevas cuando se requiera.



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: MARCO RODRIGUEZ
 Documento: 71880557 Parentesco: _____
 Teléfono: _____ Cel: 3023899829
 Dirección: Cll 127c # 28-80
 EPS: FAMILIAR
 Cotizante _____ Beneficiario EPS-S _____

Firma

Huella





 <p>OXIPro CIBENOS MEDICINALES</p>	<p>PAGARÉ</p>	<p>FORMATO GOL-SED-FR-08</p>	
		<p>Versión: 1</p>	<p>Actualización: 07/07/2017</p>
		<p>Página 1 de 1</p>	

Número		Fecha de vencimiento	30 / 07 / 2017
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

(S _____), MTE, 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		Firma	Huella
Nombre:	<u>MARICO RODRIGUEZ</u>		
Documento:	<u>79880537</u> Parentesco: _____		
Teléfono:	_____ Cel: <u>3023899824</u>		
Dirección:	<u>C/ 1270 # 28-80</u>		
EPS:	<u>FAMISANAR</u>		
Cotizante	Beneficiario <input checked="" type="checkbox"/> EPS-S _____		