

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

Nombre Comodante	OXIPRO S.A.S "OXIPRO" Sebastian Hincapié Valencia	Fecha	30	04	2022
------------------	--	-------	-----------	-----------	-------------

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)

Nombre Comodatario	Ruberied Soto	Documento Identidad	6213408
Dirección Comodatario	Funccion vidacon Picoito KM5 VIA ARMENIA	Tel Comod	3216172320
Dirección Ubicación Equipo	KM5 via Armerica Finca Villa Carolina	Tel Ubicac	3117142064
Descripción Ubicación Equipos	<input checked="" type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Otro		
Ciudad	Pereira	Departamento	Risaralda
Flujo (L/min)	3	Horas	16
EPS	Nueva EPS		Nivel IBC

III. DATOS FIRMANTE "A RUEGO"

Persona que Firma Contrato	<input type="checkbox"/> Paciente <input checked="" type="checkbox"/> "A Ruego" El numeral III debe ser diligenciado únicamente si la firma es "A Ruego"		
Nombre	Juliana Muruz	Documento Identidad	1004735590
Dirección	Cia 13 #44-08 Barro Buenos Aires	Teléfono	3228872593
Ciudad	Dosquebradas	Departamento	Risaralda
Parentesco	<input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input checked="" type="checkbox"/> Otro Enfermera		

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1	Nombre	Daniela Arbelaez	Dirección	KM5 Via Armenia Finca Villa Carolina vereda Huertos
	Teléfono	cc 1088026262	Celular	3117142064
	Empresa	Administrativo	Dir. Empresa	
	Parentesco	Enfermera		
2	Nombre	Juan Diego Arbelaez	Dirección	KM5 VIA ARMENIA Finca Villa Carolina vereda Huertos
	Teléfono	cc 1088021867	Celular	3216172320
	Empresa	Administrativo	Dir. Empresa	
	Parentesco	Cordador		

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES	
Concentrador	NN - 1627 - B	4 (SMLV)		X M	<input type="checkbox"/>		
	Marca						YUYUE
	Modelo						
Cilindro de Respaldo		1 (SMLV)		B M	<input type="checkbox"/>		
Regulador de Cilindro		0,15 (SMLV)		B M	<input type="checkbox"/>		
Cilindro Portátil	A51945491	0,35 (SMLV)		X M	<input type="checkbox"/>		
Regulador C Portátil	9T150300328	0,18 (SMLV)		X M	<input type="checkbox"/>		
Carrito Rotatil CP4943	COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES	
	Panel	0,71 (SMLV)	1	X M	<input type="checkbox"/>		
	Filtros	0,01 (SMLV)	3	X M	<input type="checkbox"/>		
	Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	X M	<input type="checkbox"/>		
	Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	X M	<input type="checkbox"/>		
	Cable	0,01 (SMLV)	1	X M	<input type="checkbox"/>		
	Ruedas	0,04 (SMLV)	4	X M	<input type="checkbox"/>		
Cabina		1	X M	<input type="checkbox"/>			
INSUMO	Humidificador	<input checked="" type="checkbox"/>	Cánula	<input checked="" type="checkbox"/>	Carrito	<input checked="" type="checkbox"/>	
					Trampa de Agua	<input checked="" type="checkbox"/>	

AUTORIZACIÓN HABEAS DATA En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data, regulado por la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el ingreso de mis datos personales en el presente Contrato, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica protecciondatos@oxipro.sas 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	EL COMODATARIO - PACIENTE y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FISICA DE EL COMODATARIO (Paciente) Y A FAVOR DE ESTE
Firma del Comodante (Representante)	Marque con una X la figura que firmará el presente contrato <input type="checkbox"/> Paciente <input checked="" type="checkbox"/> "A Ruego"
Nombre Comodante (Representante) Sebastian Hincapié Valencia	Firma del Comodatario Juliana M.
Documento Identidad (Representante) 1088348170	Nombre de el Comodatario Juliana Muruz P.
	Documento Identidad del Comodatario 1.004.735.590.

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	Perera	Fecha	30 04 2022	Hora	9:50
Nombre del Paciente	Ruberted Soto	Documento Identidad	6213408		
Nombre Responsable Paciente	Juliana Muñoz	Documento Identidad	1004735590		
Nombre Funcionario	Sebastian Hincapié	Documento Identidad	1088348170		

CAPACITACION

OXIPRO S.A.S, ha sido el proveedor encargado por su EPS para brindarle el servicio de Oxígeno Medicinal formulado por su Médico. Le damos la Bienvenida y a continuación encontrará algunas instrucciones y recomendaciones a tener en cuenta para el adecuado y correcto funcionamiento de su servicio

A. SOBRE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO
• La recarga de cilindro portátil deberá 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
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 (humidificador, 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 _____ con cédula de ciudadanía N° _____ que soy atendido por OXIPRO S.A.S, con la autorización de la EPS Nueva EPS o en mi calidad de acudiente Yo Juliana Muñoz con cédula de ciudadanía N° 1004735590

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@oxipross.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: Juliana M. Firma Funcionario: 