

Nº
OX-CC **018353**

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" Marvin Colmenares	Fecha	31 05 2022
------------------	--	-------	------------

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)

Nombre Comodatario	Jose Hurtado			Documento Identidad	4574073			
Dirección Comodatario	Cra 17 Bis #16-15 B/lb Estacion			Tel Comod	3147354546			
Dirección Ubicación Equipo	Cra 17 Bis #16-15			Tel Ubicac				
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	Santa Rosa de Cabal			Departamento	Risaralda			
Flujo (L/min)	3 litros	Horas	12	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	Diana Patricia Hurtado			Documento Identidad	25166909			
Dirección	Cra 17 Bis #16-15			Teléfono	3122132991			
Ciudad	Santa Rosa de Cabal			Departamento				
Parentesco	<input type="checkbox"/> Padre / Madre <input checked="" type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Otro							

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1	Nombre	Juan Pablo Toro		Dirección	Cra 24a #22-03 B/lb Ermosa			
	Teléfono	Celular	3218803071		Parentesco	nieta		
	Empresa	Independiente		Dir. Empresa			Tel. Empresa	
2	Nombre			Dirección				
	Teléfono	Celular			Parentesco			
	Empresa			Dir. Empresa			Tel. Empresa	

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	SNO194343	4 (SMLV)	1	X	M	
	Marca: EVERID					
Cilindro de Respaldo		1 (SMLV)		B	M	
Regulador de Cilindro		0,15 (SMLV)		B	M	
Cilindro Portátil	05006091	0,35 (SMLV)	1	X	M	
Regulador C Portátil	16090022B	0,18 (SMLV)	1	X	M	

INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR	COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES	
	Panel	0,71 (SMLV)	1	X	M		
	Filtros	0,01 (SMLV)	1	X	M		
	Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	X	M		
	Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	X	M		
	Cable	0,01 (SMLV)	1	X	M		
	Ruedas	0,04 (SMLV)	4	X	M		
	Cabina		1	X	M		

INSUMO	Humidificador	/	Cánula	/	Carrito	/	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 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.

<p>EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S</p> <p>Firma del Comodante (Representante): Marvin G.</p> <p>Nombre Comodante (Representante): Marvin Colmenares</p> <p>Documento Identidad (Representante): 1020749293</p>	<p>EL COMODATARIO - PACIENTE y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FISICA DE EL COMODATARIO (Paciente) Y A FAVOR DE ESTE</p> <p>Marque con una X la figura que firmará el presente contrato: <input type="checkbox"/> Paciente <input checked="" type="checkbox"/> "A Ruego"</p> <p>Firma de el Comodatario: Diana Patricia</p> <p>Nombre de el Comodatario: Diana Patricia Hurtado</p> <p>Documento Identidad del Comodatario: 25.166.909</p>
--	--

CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES

Código	GCA SED-FR-02
Fecha	Agosto 04 de 2017
Versión	2
Página 2 de 2	

V. CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS

Las partes definidas arriba en los numerales I y II 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 las disposiciones legales aplicables a la materia de qué trata el presente acto jurídico.

CLAUSULA PRIMERA: - OBJETO. EL COMODANTE entrega a EL(LA) COMODATARIO (A) a título de COMODATO el (los) equipo (s) que se le entregan físicamente descritos anteriormente en 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 representarán 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) equipos descritos anteriormente en el presente contrato es (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 repuestos 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 apto(s) para su uso EL (LOS) EQUIPOS descrito(s) en INVENTARIO DE EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS, quien declara haberlo(s) recibido en dicha forma, y ratifica 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 sólo podrá ser autorizada por EL COMODANTE previamente y por escrito, de lo contrario se tomaría esta acción como hurto del (los) equipos.

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, será asumido en su totalidad por EL COMODATARIO - (paciente) a favor de EL COMODANTE, de acuerdo a las tarifas de valor comercial del (los) mismo(s) y que se encuentran descritas 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) recibido(s) en comodato y descrito(o)s en la CLAUSULA PRIMERA de la presente relación contractual, respondiendo por todo daño que sufra(n) los(el) 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) ó 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 falla que sufra(n) EL (LOS) EQUIPO(S), especialmente si del mismo se deriva algún riesgo para el funcionamiento correcto 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(os) 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) se 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 éste(os) 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 cargo, 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) sobreviene a EL COMODANTE una necesidad imprevista del (los) equipo(s) 3) EL COMODATARIO - (paciente) le 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) 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 DECIMA - Buen Estado de los Equipos: EL COMODATARIO - (paciente) declara que a la fecha de este documento ha recibido del COMODANTE los equipos, que conoce 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 2217 del Código Civil por mala calidad o condición del (los) equipo(s), ni alegar derecho de retención por estos conceptos.

CLAUSULA DECIMA 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 DECIMA SEGUNDA: 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: Cra. 22 No. 168-40

EL COMODATARIO - (paciente): Dirección _____

Teléfono: _____

CLAUSULA DECIMA TERCERA: 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 _____

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	Jose Hurtado	Documento	4574073	Dirección	Carrera 17 bis #16-15	Fecha	31/05/22
Entidad	Nueva EPS	Teléfono	3147354116	Consumo	36 21 H	Admisión	
Solicitante	Jose Hurtado	Parentesco	Paciente	Teléfono	3147354116		

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden		Tipo de Servicio	Combo de papeleria	Observación	
------------	--	------------------	--------------------	-------------	--

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	5	N	0	1	9	4	3	4	3						
C. RESPALDO															
REGULADOR 540															
C. PORTATIL	8	5	0	0	6	0	7	1							
REGULADOR 870	1	6	0	9	6	0	2	2	8						
CARRITO P.															

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

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

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 realiza papeleria manual sin realizar combo de equipos** Hora Servicio: **1845**

Funcionario Entrega: **Marvin Calmenares** Documento: **1020749293**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

<p>RECOGIDA DE EQUIPOS</p> <p>Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)</p> <p>FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. ORDEN MÉDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.</p>	<p>CONSUMIBLES RECIBIDOS</p> <p>Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)</p> <p>HUMIDIFICADOR <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>CÁNULA <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>TRAMPA DE AGUA <input checked="" type="checkbox"/></p>
--	---

<p>PAGOS</p> <p>HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:</p> <table border="1"> <tr> <th>Cuota Moderadora</th> <th>Daño Equipo</th> <th>Otros Pagos</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <td>\$ /</td> <td>\$ /</td> <td>\$ /</td> <td>\$ /</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	<p>CALIDAD DEL SERVICIO</p> <p>CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)</p> <p>EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO</p>
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$ /	\$ /	\$ /	\$ /						

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: Diana Patricia Hurtado	Firma:	Huella: _____
Documento: 25166.909	Parentesco: Hija	
Teléfono: 3122132991	Cel: _____	
Dirección Actual: Cra 17 bis # 16-15		

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	Bogotá	Fecha	31 05 2022	Hora	18:45
Nombre del Paciente	Jose Hurtado	Documento Identidad	4574073		
Nombre Responsable Paciente	Diana Patricia Hurtado	Documento Identidad	25166909		
Nombre Funcionario	MARIN ALMEARIS	Documento Identidad	1005749293		

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:

SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO				
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:

LINEAS 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 (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 _____ 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 Diana Patricia Hurtado con cédula de ciudadanía N° 25166909

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 protecciondedatos@oxipros.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 autorizada 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: <u>Diana P. Hurtado</u> 25.166.909	Firma Funcionario: <u>MARIN E.</u>
-----------------	--	---------------------------------------