



**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. *Soler ofatute*

Fecha *7 10 2022*

**II. DATOS COMODATARIO (Paciente)**

Nombre comodatario *Jorge Rodriguez* Documento Identidad *133410*

Dirección comodatario Dirección ubicación equipo *Cra. 14B N°-163-04 int 2* Teléfono comodatario

Teléfono ubicación

Descripción ubicación equipos Paciente Padre/Madre Hijo(a) Hermano (a)

Sobrino (a) Tío(a) Otro

Ciudad *Bogotá* Departamento *Cundinamarca*

Flujo (l/min) *4 l/min* Horas *24* EPS *Famisanar* Nivel IBC

**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 *Maria Apérez* Dirección *Cra 14B # 161 - 59*  
Teléfono *3014132499* Celular *3014132499* Parentesco *Hija*  
Empresa *Corp. Universidad Ibero* Dir. Empresa Tel. Empresa

2 Nombre Dirección  
Teléfono Celular Parentesco.  
Empresa Dir. Empresa Tel. Empresa

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

Equipo	Código	Valor CCIAL	Estado	Observaciones
Concentrador portátil	SN 22022029 Marca <i>Kingon</i> Modelo <i>FreeStyle 5 Ref AS095-101</i>	12,15 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	
Batería		0,96 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	
Fuente de alimentación universal CA/CC		0,90 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cable de alimentación de CA		0,15 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cable de alimentación de CC		0,03 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	
Bolsa de transporte concentrador + correa para el hombro		0,11 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	
Bolsa de transporte de accesorios + correa para el hombro		0,6 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	
Filtro		0,01 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>INSUMO</b>		<b>Cánula</b>		

EL COMODANTE – OXIPRO S.A.S.

Firma: *[Signature]*  
Nombre: *Soler ofatute*  
Documento: *19774079*

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 firmara el presente contrato:

Paciente  A ruego  
Firma: *[Signature]*  
Nombre: *Kathy Rodriguez*  
Documento: *32653690*



**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 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 al COMODATARIO 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 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) equipos 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) equipos(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 en caso de desconocimiento solicitar información al COMODANTE; b) Cuidar y mantener en buen estado el(los) equipos(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 el(los) EQUIPO(S) al vencimiento del contrato que el COMODANTE tenga celebrado con la EPS, cuando el COMODATARIO (paciente) se traslade 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), o la propiedad de este en cabeza del COMODANTE, o cualquier otra perturbación que se presente, 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 SÉPTIMA - 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 la fecha de este documento ha recibido 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 \_\_\_\_\_.

AP 10 123



Nº **OX-OV 019099**

**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	Jorge Rodriguez	Documento	133410	Dirección	Cra. 146 N° 163-04	Fecha	7/10/22
Entidad	Famisanar	Teléfono	3012822660	Consumo	Autorización		
Solicitante	Kathia Rodriguez	Parentesco	hija	Teléfono	6012282660		

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden	130502692	Tipo de Servicio	Entrega concentrador portátil	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	22022029	CONCENTRADOR			
C. RESPALDO				C. RESPALDO			
REGULADOR 540				REGULADOR 540			
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P.				CARRITO P.			

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**

CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 realiza entrega de un concentrador portátil en optimos condiciones con una nueva*

Hora Servicio: *12:30 pm*

Funcionario Entrega: *Solely Ifatula* Documento: *19774079*

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

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

**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](mailto: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 QUIÉN ATIENDE EL SERVICIO**

Nombre	<i>Kathya Rodriguez</i>	Firma	<i>Kathya Rodriguez</i>
Documento	<i>3265390</i>	Parentesco	<i>hija</i>
Teléfono	<i>3012822660</i>	Cel.	<i>30916190</i>
Dirección Actual	<i>Cra. 146 N° 161-04 Apto 501</i>		



**ORDEN DE VISITA**

**LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520**  
**LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353**

Código:	GOL-SED-FR-10
Fecha:	Agosto 04 de 2017
Versión:	2
Página 2 de 2	

**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

**LINEAS 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 numero 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 cristal manteniendo el humidificador en unas condiciones de limpieza e higiene ideal.
- El Cilindro de Respaldo debe ser usado UNICAMENTE, para casos de emergencia, recuerde no gastarlo innecesariamente, de el 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: [atencionalcliente@oxigenoensucasa.com](mailto:atencionalcliente@oxigenoensucasa.com)
- Los funcionarios de Oxipro 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 type="checkbox"/> SI		<b>PACIENTE O ACUDIENTE PRESENTA ORDEN MEDICA</b>		<input type="checkbox"/> NO
L/m	No. Orden Medica	Yo declaro (Paciente o Acudiente): • Conocer el consumo recetado por el medico • Saber regular los equipos de Oxigeno al consumo recetado • Que ajustaré los equipos al consumo recetado en la Orden Médica.		Firma  
Horas	Fecha OM			



## 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 7 10 2022 Hora \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente Jorge Rodriguez Documento identidad 133410  
 Nombre responsable paciente \_\_\_\_\_ Documento identidad \_\_\_\_\_  
 Nombre funcionario Soler Alatorre Documento identidad 19774079

### 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) Jorge Rodriguez Alatorre identificado con documento No. 133 410  
 atendido(a) actualmente por OXIPRO S.A.S. conforme lo indica la autorización de la EPS No. Trujillo o en mi calidad de  
 acudiente Yo Katya Rodriguez Gomez identificado con documento No. 32653690  
 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: Katya Rodriguez

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.



CARTA DE ACEPTACIÓN PAGARÉ

OXI-00045

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 Bogotá DC a los 7 días del mes de Octubre del año 2022.

INFORMACIÓN DE QUIEN ACEPTA TÉRMINOS DE PAGARÉ

Nombre: Katha Rodríguez Gómez  
 Documento: 32653640 Parentesco: Hija  
 Teléfono: 301 2822660 Cel: 3096150  
 Dirección: Calle 14B # 161-59  
 EPS: Tamisanor  
 Cotizante  Beneficiario \_\_\_\_\_ EPS-S \_\_\_\_\_

Firma Katha Rodríguez Gómez Huella 

32653640

 <p><b>OXI Pro</b> OXIGENOS MEDICINALES</p>	<p><b>PAGARÉ</b></p>	<p><b>FORMATO</b></p>	
		<p><b>GOL-SED-FR-08</b></p>	
		<p><b>Versión: 1</b></p>	<p><b>Actualización:</b> <b>07/07/2017</b></p>
		<p><b>Página 1 de 1</b></p>	

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	Documento	Parentesco	Huella
Kathy Rodríguez Sotelo	32653690	Hija	
Teléfono: 3096100	Cel: 3012822660		
Dirección: CR 14B # 161-5A			
EPS: Tamijancr			
Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>	Beneficiario	EPS-S	

Firma: 