

Nº                       
**OX-CC 018715**

**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" Juan Andrade Fecha: 05 / 09 / 2022

**II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)**

Nombre Comodatario: Juan Andrade Documento Identidad: 10529142  
Dirección Comodatario: Cll 45b 3 45 Tel Comod: 3008594157  
Dirección Ubicación Equipo: Cll 45b 3 45 Tel Ubicac:                       
Descripción Ubicación Equipos:  Paciente  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tío(a)  Otro                       
Ciudad: Soacha Departamento: Cundinamarca  
Flujo (L/min): 2 Horas: 24 EPS: Servisalud Nivel IBC:                     

**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: Alexander Andrade Documento Identidad: 1024558576  
Dirección: Cll 45b 3 45 Teléfono: 3708522141  
Ciudad: Soacha Departamento: Cundinamarca  
Parentesco:  Padre / Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tío(a)  Otro                     

**IV. REFERENCIAS PERSONALES**

1 Nombre: Eloisa Perilla Dirección: Cll 45b 3 45  
Teléfono: 3208522141 Celular:                      Parentesco: Esposa  
Empresa:                      Dir. Empresa:                      Tel. Empresa:                     

2 Nombre: Juan David Andrade Dirección: Cll 45b 3 45  
Teléfono: 311 209445 Celular:                      Parentesco: Hijo  
Empresa:                      Dir. Empresa:                      Tel. Empresa:                     

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

EQUIPO	CODIGO										VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES	
	N	N	-	1	0	0	6	3								
Concentrador											4 (SMLV)	1	✓	M	●	CP 1424.
Cilindro de Respaldo	1	9	2	7	8	9	0	2	3		1 (SMLV)	1	✓	M	●	
Regulador de Cilindro	2	0	0	4	0	3	9	4	5		0,15 (SMLV)	1	✓	M	●	
Cilindro Portátil	4	F	A	0	8	0	1	2			0,35 (SMLV)	1	✓	M	●	
Regulador C Portátil	2	1	0	4	0	1	1	6	3		0,18 (SMLV)	1	✓	M	●	

INSUMO	COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
	Panel	0,71 (SMLV)	1	✓	M	●
	Filtros	0,01 (SMLV)	3	✓	M	●
	Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	✓	M	●
	Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	✓	M	●
	Cable	0,01 (SMLV)	1	✓	M	●
	Ruedas	0,04 (SMLV)	4	✓	M	●
	Cabina	-	1	✓	M	●

**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.

**EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S**

Firma del Comodante (Representante): Andrés Gómez  
Nombre Comodante (Representante): Andrés Gómez  
Documento Identidad (Representante): 1091153690

**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 firmará el presente contrato:  Paciente  "A Ruego"  
Firma del Comodatario: Alexander Andrade  
Nombre de el Comodatario: Alexander Andrade  
Documento Identidad del Comodatario: 7024558576

**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

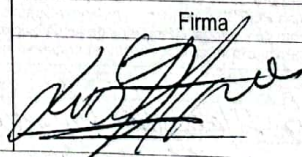
**Concentrador, Cilindro de Respaldo y Recarga**

- 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 ÚNICAMENTE, 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 checked="" 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):	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer el consumo recetado por el medico</li> <li>• Saber regular los equipos de Oxigeno al consumo recetado</li> <li>• Que ajustaré los equipos al consumo recetado en la Orden Médica.</li> </ul>	Firma 
Horas	Fecha OM			



Nº                       
OX-OV **21678**

**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	Juan Andrade.	Documento	10529142	Dirección	Cll 45b 3 45 Soacha Fecha 5/9/22
Entidad	Servisalud	Teléfono	3008594157	Consumo	2 Litros Autorización
Solicitante	Alexander Andrade.	Parentesco	Hijo	Teléfono	310852141

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130495632	Servicio Técnico	

REVISIÓN TÉCNICA											
Presión O2	6.6	Flujo		Concentración	96.4	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/trador	29397	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.					

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO																	
CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/>	<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 Reusa el Concentrador y esta dentro de los parametros Normales. Se hace Reho al momento con de el manejo de los equipos**

Funcionario Entrega: Andres Gomez Documento: 103183640

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

RECOGIDA DE EQUIPOS	CONSUMIBLES RECIBIDOS
Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: <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.	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO) HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/> CÁNULA <input type="checkbox"/> TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/>

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO								
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: <table border="1"> <tr> <td>Cuota Moderadora</td> <td>Daño Equipo</td> <td>Otros Pagos</td> <td>Total</td> </tr> <tr> <td>\$ /</td> <td>\$ /</td> <td>\$ /</td> <td>\$ /</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO <b>Excelente.</b>
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](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 QUIEN ATIENDE EL SERVICIO			
Nombre	Luzmila Alexander Andrade perilla		
Documento	7074558576	Parentesco:	hijo
Teléfono	3008594157	Cel:	3008594157
Dirección Actual	calle 45b N° 3-45.		
Firma	"Luzmila"		Huella