

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

|             |                 |            |          |           |                    |              |         |
|-------------|-----------------|------------|----------|-----------|--------------------|--------------|---------|
| Paciente    | María Mancipe   | Documento  | 52645144 | Dirección | Cra. 9 # 127b - 90 | Fecha        | 29/3/24 |
| Entidad     | Compensar       | Teléfono   |          | Consumo   |                    | AutORIZACIÓN |         |
| Solicitante | Jenny Rodríguez | Parentesco | Sabrina  | Teléfono  | 3102763688         |              |         |

**ORDEN DE SERVICIO**

| Nro. Orden | Tipo de Servicio | Observación |
|------------|------------------|-------------|
| 130628248  | Entrega inicial  |             |
| 130620249  | u. Porto-Lil     |             |

**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               | 202008000066A       |  |  | CONCENTRADOR              |  |  |  |
| C. RESPALDO                | (D703166) 185633084 |  |  | C. RESPALDO               |  |  |  |
| REGULADOR 540              | RR-22146B           |  |  | REGULADOR 540             |  |  |  |
| C. PORTATIL                | HF 408975           |  |  | C. PORTATIL               |  |  |  |
| REGULADOR 870              | R2021090419         |  |  | REGULADOR 870             |  |  |  |
| CARRITO P.                 | CP 7086             |  |  | CARRITO P.                |  |  |  |

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**

|              |   |             |   |             |   |               |   |               |   |         |   |
|--------------|---|-------------|---|-------------|---|---------------|---|---------------|---|---------|---|
| CONCENTRADOR | <input 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 entregan los equipos probados y revisados en óptimas condiciones de uso con canula y humidificadora nuevas*

Hora Servicio: 06:30 AM

Funcionario Entrega: Soler Halcite Documento: JKU 625

Apto-203

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

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

| <p><b>PAGOS</b></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><b>CALIDAD DEL SERVICIO</b></p> <p>CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)</p> <p>EXCELENTE<br/>BUENO<br/>REGULAR<br/>MALO<br/>MUY MALO</p> <p><i>EXCELENTE</i></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](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           | Jenny Johanna Rodríguez Mancipe | Huella      |                      |
| Documento        | 1.020.742.560                   | Parentesco: | Johanna              |
| Teléfono         | 3102763688                      | Cel:        | 3102763688           |
| Dirección Actual | AV KVA 9 # 127 B 90             | Firma       | <i>Jenny Mancipe</i> |

**ORDEN DE VISITA**

LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ (601) 4320520-7563771  
 LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: (606) 3402658

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

**SEDES DE ATENCIÓN AL USUARIO**

| Sede       | Dirección                             | Sede           | Dirección  |
|------------|---------------------------------------|----------------|--|
| Bogotá     | Av Chile Carrera 12 No. 71-32         | Pereira Centro | Carrera 4 No. 20 - 80 Centro                                     |
| Soacha     | Calle 30 No. 66 - 43 Este             | Doquebradas    | Carrera 2A No. 7-35 Manzana 4, Bodega 4 Zona Industrial La Bádea |
| Facatativá | Carrera 4 No. 1 - 47                  | Manizales      | Carrera 21 No 23-21 Parque Bolívar, Ed. Tamanaco. Piso 1         |
| Fusagasugá | Calle 17A No. 10 - 02 Barrio Balmoral | Armenia        | Calle 15 Norte No. 12 - 15.                                      |
| Zipaquirá  | Calle 8 No. 16 - 67                   |                |  |

**LINEAS DE ATENCIÓN AL USUARIO**

| Seccional    | Teléfono      | Horario de atención |                   | Emergencias<br>24 horas |
|--------------|---------------|---------------------|-------------------|-------------------------|
|              |               | Lunes a Viernes     | Sábado            |                         |
| Bogotá       | (601) 4320520 | 7:00 am a 7:00 pm   | 7:00 am a 7:00 pm | (601) 4320520           |
| Eje Cafetero | (606) 3402658 | 8:00 am a 6:00 pm   | 8:00 am a 12:00 m | (606) 3402658           |

**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 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):<br>• Conocer el consumo recetado por el medico<br>• Saber regular los equipos de Oxigeno al consumo recetado<br>• Que ajustaré los equipos al consumo recetado en la Orden Médica. |  | Firma                       |  |
| Horas                       | Fecha OM         |   |  |                             |  |

**CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES**

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

**I. COMODANTE – OXIPRO S.A.S (Representado por)**

|                  |                       |       |    |    |      |
|------------------|-----------------------|-------|----|----|------|
| Nombre Comodante | OXIPRO S.A.S "OXIPRO" | Fecha | 29 | 03 | 2024 |
|------------------|-----------------------|-------|----|----|------|

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

|                               |  |       |                     |              |           |
|-------------------------------|--|-------|---------------------|--------------|-----------|
| Nombre Comodatario            | Maria Mancipe  |       | Documento Identidad | 52645124     |           |
| Dirección Comodatario         | Cra. 9 # 1276-90 Apto 203  |       | Tel Comod           |              |           |
| Dirección Ubicación Equipo    |  |       | Tel Ubicac          |              |           |
| Descripción Ubicación Equipos | <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input checked="" type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Otro |       |                     |              |           |
| Ciudad                        | Bogotá   |       | Departamento        | Cundinamarca |           |
| Flujo (L/min)                 | 2  | Horas | 24                  | EPS          | Compensar |
|                               |  |       |                     | 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                     | Jenny Johanna Rodríguez Mancipe  |  | Documento Identidad | 102079260  |  |
| Dirección                  | AV KRA 9 # 127 B 90  |  | Teléfono            | 3102763688 |  |
| Ciudad                     | BOGOTÁ   |  | Departamento        | BOGOTÁ     |  |
| Parentesco                 | <input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input checked="" type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Otro |  |                     |            |  |

**IV. REFERENCIAS PERSONALES**

|   |          |                        |              |                     |              |         |
|---|----------|------------------------|--------------|---------------------|--------------|---------|
| 1 | Nombre   | BLANCA CECILIA MANCIPE | Dirección    | AV KRA 9 # 127 B 90 |              |         |
|   | Teléfono |                        | Celular      | 312 747185          | Parentesco   | HERMANA |
|   | Empresa  |                        | Dir. Empresa |                     | Tel. Empresa |         |
| 2 | Nombre   | GONZALO FANJINO        | Dirección    | KRA 7 A # 4-15      |              |         |
|   | Teléfono |                        | Celular      | 315197109           | Parentesco   | ESPOSO  |
|   | Empresa  |                        | Dir. Empresa |                     | Tel. Empresa |         |

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

| EQUIPO  | CODIGO                | VL. CCIAL   | CANT   | ESTADO | INI                                 | OBSERVACIONES  |
|---|-----------------------|-------------|--------|--------|-------------------------------------|----------------|
| Concentrador  | Z020080000066A        | 4 (SMLV)    | 1      | M      | <input checked="" type="checkbox"/> | CP 7086        |
| Cilindro de Respaldo                                      | D7031661185633084     | 1 (SMLV)    | 1      | M      | <input checked="" type="checkbox"/> |                |
| Regulador de Cilindro                                     | RR-22176B             | 0,15 (SMLV) | 1      | M      | <input checked="" type="checkbox"/> |                |
| Cilindro Portátil   | HF408975              | 0,35 (SMLV) | 1      | M      | <input checked="" type="checkbox"/> |                |
| Regulador C Portátil                                      | R2021090419           | 0,18 (SMLV) | 1      | M      | <input checked="" type="checkbox"/> |                |
| INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR | COMPONENTE            | VL. CCIAL   | CANT   | ESTADO | INI                                 | OBSERVACIONES  |
|   | Panel                 | 0,71 (SMLV) | 1      | M      | <input checked="" type="checkbox"/> |                |
|   | Filtros               | 0,01 (SMLV) | 3      | M      | <input checked="" type="checkbox"/> |                |
|   | Flujómetro            | 0,35 (SMLV) | 1      | M      | <input checked="" type="checkbox"/> |                |
|   | Interruptor Encendido | 0,02 (SMLV) | 1      | M      | <input checked="" type="checkbox"/> |                |
|   | Cable                 | 0,01 (SMLV) | 1      | M      | <input checked="" type="checkbox"/> |                |
|   | Ruedas                | 0,04 (SMLV) | 4      | M      | <input checked="" type="checkbox"/> |                |
| Cabina  | -                     | -           | 1      | M      | <input checked="" type="checkbox"/> |                |
| 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](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.

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <b>EL COMODANTE – OXIPRO S.A.S</b>  | <b>EL COMODATARIO - PACIENTE y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FÍSICA DE EL COMODATARIO (Paciente) Y A FAVOR DE ESTE</b>                  |
| 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)    | Firma del Comodatario   |
| Documento Identidad (Representante) | Nombre del Comodatario  |
|                                     | Documento Identidad del Comodatario   |

# 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-SFD-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 que 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 solo 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 descrita s 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) o 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 \_\_\_\_\_

**DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO**

|                             |                                   |       |                   |                     |                   |
|-----------------------------|-----------------------------------|-------|-------------------|---------------------|-------------------|
| Ciudad                      | <b>Bogotá</b>                     | Fecha | <b>29 03 2024</b> | Hora                |                   |
| Nombre del Paciente         | <b>Maria Mancipe</b>              |       |                   | Documento Identidad | <b>52645144</b>   |
| Nombre Responsable Paciente | <b>Jenny Johanna Rodriguez R.</b> |       |                   | Documento Identidad | <b>1020792560</b> |
| Nombre Funcionario          | <b>Soler Matute</b>               |       |                   | Documento Identidad | <b>JKU623</b>     |

**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 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 **Jenny Johanna Rodríguez Mancipe** con cédula de ciudadanía N° **1020792560**

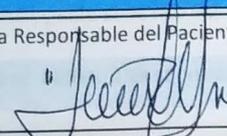
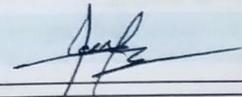
responsable del paciente nombrado anteriormente quien presenta impedimento físico; Declaro que he recibido capacitación sobre el manejo y seguridad de los equipos entregados por OXIPRO S.A.S, y tengo la capacidad de:

- 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@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 ha he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

**FIRMAS DE LA DECLARACION**

|                 |   |   |
|-----------------|---|---|
| Firma Paciente: | Firma Responsable del Paciente:   | Firma Funcionario:  |
|                 |  |  |

## DECLARACION DE CAPACITACION

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

Código: GOL-SED-FR-03

Fecha: Septiembre 08 de 2017

Versión: 2

Página 2 de 2

- Si requiere realizar un traslado de domicilio dentro de la cobertura habilitada por USUARIO. BOGOTÁ: 4320520, EJE CAFETERO: 3302770 - 3401511 - 3147912353 debe comunicarse a la LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO. Si el traslado es a otro departamento donde no tiene cobertura geográfica se debe realizar la solicitud de cambio de proveedor a la EPS y realizar la devolución de equipos a comunicándose a la LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO.
- Si tiene alguna consulta, inquietud, queja, reclamo y/o sugerencia por favor comunicarse a la LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO para atender su solicitud.

### B. RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD

**AVISO: Siempre ajustar los equipos al consumo recetado por su médico. No hacerlo puede representar riesgos para su salud.**

#### Generales:

- 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.).
- Todos los depósitos de oxígeno deben estar en lugares aireados. Se recomienda airear de forma habitual la habitación donde se encuentre el equipo.
- Los equipos deben estar siempre en posición vertical y los de gran tamaño no deben ser transportados en vehículos. No deben cubrirse con mantas ni deben colocarse objetos sobre ellos.
- Se recomienda no utilizar cremas de mano ni faciales, 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.

#### Cilindro

- El Cilindro de respaldo no debe ser movido del lugar donde el personal de OXIPRO S.A.S. lo ha dejado instalado. El personal de OXIPRO S.A.S. es el único autorizado para trasladar el equipo de lugar.
- La válvula del regulador debe permanecer cerrada, mientras el cilindro no esta siendo usado. El regulador debe apuntar hacia una pared y no hacia una Persona.
- Mantener el cilindro en área ventilada, no debe recibir directamente la luz del sol ni permanecer en lugares de alto calor.

#### Concentrador

- No intente desarmar el concentrador.
- No colocar comidas ni bebidas sobre el concentrador.
- No obstruir entradas de aire, que impidan la ventilación del concentrador.
- Lave y vuelva a llenar el humidificador, con agua destilada o purificada periódicamente hasta el nivel mínimo indicado.
- Revise periódicamente, purgue su cánula y trampa de agua si ve en esta agua condensada y acumulada.
- Para un rendimiento óptimo, no se debe abrir ni apagar el concentrador con frecuencia, ni reiniciar después de 3 a 5 minutos.

### C. LIMPIEZA DE CONCENTRADORES

- Apague el equipo cuando no lo esté utilizando.
- Si tiene humidificador, límpielo diariamente. La limpieza del humidificador es esencial. El humidificador debe ser retirado y lavado con agua tibia y con jabón lava vajilla. Enjuague bien y remójelos en una solución que contenga 250 ml de vinagre blanco y 750 ml de agua caliente durante 30 minutos. Lavar bien y dejarlo secar.
- Limpie el concentrador una vez a la semana con un paño limpio y un desinfectante suave.
- Revise y limpie los filtros por lo menos una vez a la semana. Limpie con agua tibia y jabón suave, enjuague, escurra y deje secar, una vez seco, colóquelo nuevamente.
- La pieza para la entrega de oxígeno debe mantenerse limpia cuando no se esté usando. Se debe guardar en una bolsa plástica desechable.