



**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. Edisson Dasquez Fecha: 12 02 2020

**II. DATOS COMODATARIO (Paciente)**

Nombre comodatario: Cecilia Martinez de Ariza Documento Identidad: 41 470 223  
 Dirección comodatario: Calle 36 H # 11033 Sur Teléfono comodatario: 317 849 2976  
 Dirección ubicación equipo: calle 36 H # 11033 Sur Teléfono ubicación: 3612274  
 Descripción ubicación equipos: Paciente Padre/Madre Hijo(a) Hermano(a)  
 Sobrino(a) Tío(a) Otro  
 Ciudad: Bogotá Departamento: C/marca  
 Flujo (l/min): Horas EPS: NUEVA EPS Nivel IBC:

**III. DATOS FIRMANTE (A ruego)**

Persona que firma contrato: Paciente A ruego  
 Nombre: Elias Ariza Documento Identidad: 79 804 658  
 Dirección: Calle 36 H 11033 Sur Teléfono: 317 849 2976  
 Ciudad: Bogotá Departamento: C/marca  
 Parentesco: Padre/Madre Hijo(a)  Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro

**IV. REFERENCIAS PERSONALES**

1. Nombre: Ana Cuellar Dirección: calle 36 H 11040  
 Teléfono: 312 312 6510 Celular: Parentesco: Nueva  
 Empresa: Dir. Empresa: Tel. Empresa:  
 2. Nombre: Sauro Ariza Dirección:  
 Teléfono: 310 569 1859 Celular: Parentesco: Hijo  
 Empresa: Dir. Empresa: Tel. Empresa:

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

Equipo	Código	Valor CCIAL	Estado	Observaciones
Concentrador portátil	<u>CBB0218510132</u>	12,15 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	
Batería	<u>2017360664</u>	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>	<u>080618</u>		


EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S.

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 firmará el presente contrato:

Firma: Edisson Dasquez  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Documento: SPM 573

Paciente  A ruego  
 Firma: Elias Ariza  
 Nombre: Elias Ariza  
 Documento: 79 804 658

OXIPRO - CT - 1470  
REVISADO 13 FEB 2020

 <p><b>OXIPRO</b> OXIGENOS MEDICINALES</p>	<p><b>DECLARACION DE CAPACITACION CONCENTRADOR PORTÁTIL</b></p>	<b>FORMATO</b>	
		<b>GOL-SED-FR-05</b>	
		Versión: 1	Actualización: 07/07/2017
		Página 1 de 1	

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO			
Ciudad	Bogotá	Fecha	17 02 2020 Hora 02:15 PM
Nombre del paciente	Ana Cecilia Martinez	Documento identidad	41470223
Nombre responsable paciente	Elias Ariza	Documento identidad	79804658
Nombre funcionario	Edisson Vasquez	Documento identidad	SPM 573

**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) Ana Cecilia Martinez de Ariza identificado con documento No. 41470223 atendido(a) actualmente por OXIPRO S.A.S. conforme lo indica la autorización de la EPS No. NUEVA o en mi calidad de acudiente Yo Elias Ariza Martinez identificado con documento No. 79804658 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: <u>Elias Ariza</u>	Firma: <u>Edisson Vasquez</u>

**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.

OXP-ET-1410  
 REVISADO 13 FEB 2020

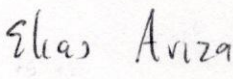
	<b>PAGARÉ</b>	<b>FORMATO</b>	
		<b>GOL-SED-FR-08</b>	
		<b>Versión: 1</b>	<b>Actualización:</b> <b>07/07/2017</b>
		<b>Página 1 de 1</b>	

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


(\$ \_\_\_\_\_), MTE, 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: <u>Elias Aniza Martinez</u>	Firma	Huella
Documento: <u>79 804 658</u> Parentesco: <u>Hijo</u>		
Teléfono: <u>361 2274</u> Cel: <u>317 849 2976</u>		
Dirección: <u>calle 36 H Ue33 Sur</u>		
EPS: <u>Sanitas</u>		
Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario _____ EPS-S <u>Sanitas</u>		

OXP-ET-14170

REVISADO 13 FEB 2020

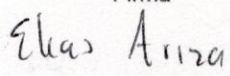
	<b>CARTA DE ACEPTACIÓN PAGARÉ</b>	<b>FORMATO</b>	
		<b>GOL-SED-FR-07</b>	
		Versión: 1	Actualización: 07/07/2017
		Página 1 de 1	

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 \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

INFORMACIÓN DE QUIEN ACEPTA TÉRMINOS DE PAGARÉ		
Nombre: <u>Elias Ariza Martinez</u>	Firma	Huella
Documento: <u>79 804 658</u> Parentesco: <u>Hijo</u>		
Teléfono: <u>317 844 2936</u> Cel: <u>3612274</u>		
Dirección: <u>calle 36 H 11 c 33 Sur</u>		
EPS: <u>Santas</u>		
Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario _____ EPS-S <u>Santas</u>		

0XP-ET-14170

REVISADO 10 FEB 2020



**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 presentare, 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 \_\_\_\_\_.

OXIPRO - 14170

REVISADO 10 FEB 2020