

Oxi Pro

Junio 11 de 2020

Julia Pulido Mora

cc. 30 484 244

Zandía Patricia Rodríguez

cc 53 097 942

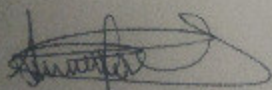
cel. 321 365 7588

H17A

\$ 3400.

Recibo en concentrador Portátil

Servicio: 5 - Excelente



cc 53 097 942



**CONTRATO DE COMODATO  
CONCENTRADOR PORTÁTIL**

**FORMATO  
GOL-SED-FR-06**

**Versión: 1**

**Actualización:  
07/07/2017**

**Página 1 de 3**

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

Nombre comodante **OXIPRO S.A.S**

Fecha

**II. DATOS COMODATARIO (Paciente)**

Nombre comodatario **Sandra Patricia Rodriguez** Documento Identidad **53 097 942**  
 Dirección comodatario **Cia SE # 16-13 sur** Teléfono comodatario **321 365 2588**  
 Dirección ubicación equipo **Cia SE # 16-13 sur** Teléfono ubicación **321 365 2588**  
 Descripción ubicación equipos **Paciente** Padre/Madre  Hijo(a)  Hermano(a)   
**Sobrino(a)** Tio(a)  Otro   
 Ciudad **Bogotá** Departamento **Cundinamarca**  
 Filio (Vmin) Horas EPS Nueva EPS Nivel IBC

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

Persona que firma contrato **Paciente** A ruego   
 Nombre **Sandra Patricia Rodriguez** Documento Identidad **53 097 942**  
 Dirección **Cia SE # 16-13 sur** Teléfono **321 365 2588**  
 Ciudad **Bogotá** Departamento **Cundinamarca**  
 Parentesco **Padre/Madre** Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tio(a)  Otro

**IV. REFERENCIAS PERSONALES**

1. Nombre **Jose Ignacio Rodriguez** Dirección **Cia SE # 16-13 sur**  
 Teléfono **311 875 9834** Celular **311 875 9834** Parentesco **Hermano**  
 Empresa **CIMA Colombia** Dir. Empresa  
 2. Nombre **Isabel Pulido** Dirección **PU 7 B # 78 C -11**  
 Teléfono **314 243 0781** Celular **314 243 0781** Parentesco **Tia**  
 Empresa **Independiente** Dir. Empresa **Tel. Empresa**

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

Equipo	Código	Valor CCIAL	Estado	Observaciones
Concentrador portátil	<b>CB80 218280073</b>	12.15 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	
Batería	<b>Cargo = 2017 40232</b>	0.96 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	
Fuente de alimentación universal CACC		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>	<b>1</b>	<b>052118</b>	

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 autorizada para recolectar, compilar, almacenar, usar, circular, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprimir y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto social de la Compañía y en especial para capacitación, historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y medicamentos, encuestas de opinión, atención al cliente (gestión PQR5), 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, custodia y gestión de información y bases de datos, envío de comunicaciones, control de inventarios y gestión de cobros. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S, los he suministrado de forma voluntaria y son verídicos.

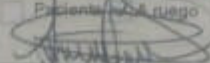
**EL COMODANTE – OXIPRO S.A.S**

Firma: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Documento: \_\_\_\_\_

**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

Paciente  A ruego

Firma:   
 Nombre: **Sandra Patricia Rodriguez**  
 Documento: **53 097 942**



**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 06 11 20 Hora \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente Julia Polido Mora Documento identidad 20.484.244  
 Nombre responsable paciente Santa Patricia Rodriguez Documento identidad 38.099.442  
 Nombre funcionario Anibal Ojeda Documento identidad Sen 142

**CAPACITACIÓN**

OXPRO 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) \_\_\_\_\_ identificado con documento No. \_\_\_\_\_  
 atendido(a) actualmente por OXPRO S.A.S. conforme lo indica la autorización de la EPS No. \_\_\_\_\_, o en mi calidad de  
 acudiente Yo \_\_\_\_\_ identificado con documento No. \_\_\_\_\_  
 responsable del paciente nombrado anteriormente, declaro que he recibido capacitación sobre el manejo y seguridad del dispositivo  
 antes entregado por OXPRO 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

Solitud 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 consultarme 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.

OXPRO 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 OXPRO S.A.S.

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ 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 sustituirlos por unos nuevos cuando se requiera.

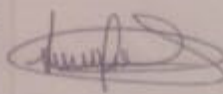

	<b>PAGARÉ</b>	<b>FORMATO</b> <b>GOL-SED-FR-08</b>	
		Versión: 1	Actualización: 07/07/2017
		Página 1 de 1	

Número			Fecha de vencimiento:	11 06 20
Valor	Equipo		Código	

Yo, Sandra Patricia Rodriguez, 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 Bogotá a los 11 días del mes de Junio del año 2020.

INFORMACIÓN DE QUIEN ACEPTA TÉRMINOS DE PAGARÉ		
Nombre:	<u>Sandra Patricia Rodriguez</u>	Firma
Documento:	<u>53.093.902</u> Parentesco: <u>Hija</u>	 
Teléfono:	<u>321 3653588</u> Cel: <u>321 3653588</u>	
Dirección:	<u>Cra 52 # 16-13 sur</u>	
EPS:	<u>Familia</u>	
Cotizante	<input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> EPS-S <input type="checkbox"/>	

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:

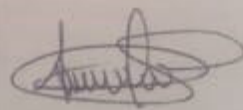
1. El valor del pagaré será igual a todas las sumas de dinero que se adeuden a OXIPRO S.A.S., con relación al contrato de responsabilidad de equipos suscrito el día \_\_\_\_\_.  
NOTA: los valores sufrirán modificaciones de acuerdo a los precios vigentes en el almacén, en el momento de hacer efectivo 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 a los 1 días del mes de Julio del año 2020.

INFORMACIÓN DE QUIEN ACEPTA TÉRMINOS DE PAGARÉ

Nombre: Sandra Patricia Rodríguez  
Documento: 53 997 942 Parentesco: Hija  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Cel: 321 365 7588  
Dirección: Cra 52 # 16-13 201  
EPS: Famisanar  
Colizante  Beneficiario \_\_\_\_\_ EPS-S \_\_\_\_\_

Firma



Huella

