

I. COMODANTE - OXIPRO S.A.S (Representado por)
Nombre Comodatario: **OXIPRO S.A.S "OXIPRO"** *Jesús Defredo* Fecha: **29 04 2021**

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)
Nombre Comodatario: **Jacqueline Vargas** Documento Identidad: **38285626**
Dirección Comodatario: **CI.43A # 1AE 38 Barrio el Reposo** Tel Comod: **3137940076**
Dirección Ubicación Equipo: **CI.43A # 1AE 38 Barrio el Reposo** Tel Ubicac: **3188645448**
Descripción Ubicación Equipos: Paciente Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro
Ciudad: **La Jundi** Departamento: **Caldas**
Plazo (Límin): **2 Hr 24** Horas: **24 H** EPS: **Famisanas** 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: **Maria Angélica Barrios Vargas** Documento Identidad: **1073325065**
Dirección: **CI.43A # 1AE 38 Barrio el Reposo** Teléfono: **3137940076**
Ciudad: **La Jundi** Departamento: **Caldas**
Parentesco: Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro

IV. REFERENCIAS PERSONALES

| | | | | |
|---|----------|------------------------------|------------|--|
| 1 | Nombre | Lina Karolina Barrios | Dirección | CI.43A-1AE-38 Barrio el bosque Reposo |
| | Teléfono | 3235728817 | Celular | 3108130500 |
| | Empresa | Independiente | Parentesco | Hija |
| 2 | Nombre | Jhon Heiver Rodriguez | Dirección | CI.43A-1AE-38 Br. el Reposo |
| | Teléfono | 3137940076 | Celular | 3188645448 |
| | Empresa | Independiente | Parentesco | Yerno |

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

| EQUIPO | CODIGO | VL CCIAL | CANT | ESTADO | INI | OBSERVACIONES |
|-----------------------|-----------------------|-------------|------|--------|-------------------------------------|---------------|
| Concentrador | SN0137943 | 4 (SMLV) | 1 | B M | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | Marca: OXIPRO | | | | | |
| | Modelo: H19707 | | | | | |
| Cilindro de Respaldo | 2071606L00 | 1 (SMLV) | 1 | B M | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Regulador de Cilindro | RR25115B | 0,15 (SMLV) | 1 | B M | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Cilindro Portátil | 3X992707 | 0,35 (SMLV) | 1 | B M | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Regulador C Portátil | 191201969 | 0,18 (SMLV) | 1 | B M | <input checked="" type="checkbox"/> | |

CP 3319

| COMPONENTE | VL CCIAL | CANT | ESTADO | INI | OBSERVACIONES |
|-----------------------|-------------|------|--------|-------------------------------------|---------------|
| Panel | 0,71 (SMLV) | 1 | B M | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Filtros | 0,01 (SMLV) | 0 | B M | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Flujómetro | 0,35 (SMLV) | 1 | B M | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Interruptor Encendido | 0,02 (SMLV) | 1 | B M | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Cable | 0,01 (SMLV) | 1 | B M | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Ruedas | 0,04 (SMLV) | 1 | B M | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Cabina | - | 1 | B M | <input checked="" type="checkbox"/> | |

| INSUMO | Humidificador | Cánula | Carrito | Trampa de Agua | WC |
|--------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

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 protecciondatos@oxiproas.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 a 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 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): *Jesús Defredo*
Nombre Comodante (Representante): **Jesús Defredo**
Documento Identidad (Representante): **15924098**

EL COMODATARIO - PACIENTE y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FÍSICA DE EL COMODATARIO (Paciente) Y A FAVOR DE ESTE

Marque con una X la figura que firmará el presente contrato: Paciente "A Ruego"
Firma de el Comodatario: *Maria Angélica Barrios Vargas*
Nombre de el Comodatario: **Maria Angélica Barrios Vargas**
Documento Identidad del Comodatario: **1073325065**

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

| | | | |
|---|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Paciente: Jaqueline Vargas | Documento: 3828536 | Dirección: CL 43A 1Ae 3B | Fecha: 04/08/11 |
| Entidad: Familiares | Teléfono: 3187940076 | Consulta: 2 hrs 24 hrs | Servicio: Reserva |
| Solicitante: Manu Angelica Barrios - V | Parentesco: Hija | Teléfono: 3187940076 | |

ORDEN DE SERVICIO

Observación

| | | |
|------------|------------------|-------------|
| Nro. Orden | Tipo de Servicio | Observación |
|------------|------------------|-------------|

REVISIÓN TÉCNICA

| | | | | | |
|------------|-------|---------------|---|----------------|--------|
| Presión O2 | Flujo | Concentración | Filtro de aire <input type="checkbox"/> Cambios <input type="checkbox"/> Limpieza | Hora Contrador | Código |
|------------|-------|---------------|---|----------------|--------|

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

| Códigos Equipos Entregados | | | | Códigos Equipos Recogidos | | | |
|----------------------------|-----|---|---|---------------------------|--|--|--|
| CONCENTRADOR | 200 | 0 | 0 | CONCENTRADOR | | | |
| C. RESPALDO | 200 | 0 | 0 | C. RESPALDO | | | |
| REGULADOR 540 | 200 | 0 | 0 | REGULADOR 540 | | | |
| C. PORTATIL | 200 | 0 | 0 | C. PORTATIL | | | |
| REGULADOR 870 | 200 | 0 | 0 | REGULADOR 870 | | | |
| CARRITO P. | 200 | 0 | 0 | CARRITO P. | | | |

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

| | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|--|----------------------------------|
| CONCENTRADOR <input type="checkbox"/> | C. RESPALDO <input type="checkbox"/> | C. PORTATIL <input type="checkbox"/> | REGULADOR 540 <input type="checkbox"/> | REGULADOR 870 <input type="checkbox"/> | CARRITO <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|--|----------------------------------|

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 Contrador | \$150.000 | | Actuador Bomba Humidificador | \$20.000 | |
| Filtro Externo Lateral | \$5.000 | | Manija | \$50.000 | | Cable de Poder | \$20.000 | | Cambio 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): **los equipos se entregan en buenas condiciones Revisados por el acudiente**

Funcionario Entrega: **Lucia Delgado**

Documento: **15924098**

Hora Servicio: **13-30**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxigeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)

- FALLECIMIENTO** Fallecimiento del Paciente.
- VOLUNTARIA** Devolución Voluntaria.
- ORDEN MÉDICA** Por Orden Médica.
- CAMBIO** Cambio de Proveedor.
- AFILIACIÓN** Estado Afiliación EPS.

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

- HUMIDIFICADOR
- CÁNULA
- TRAMPA DE AGUA

PAGOS

CALIDAD DEL SERVICIO

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

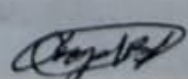
| | | | |
|------------------|-------------|-------------|-------|
| Cuota Moderadora | Daño Equipo | Otros Pagos | Total |
| \$ / | \$ / | \$ / | \$ / |

EXCELENTE **EXCELENTE**
BUENO
REGULAR
MALO
MUY MALO

AUTORIZACIÓN HABEAS DATA El 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 presénte Contrato, adición de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica protecciondedatos@oxiprosaa.com en calidad 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, comunicar, compartir, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depositar, 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 al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares de 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: **Manu Angelica Barrios Vargas**
Documento: **173365065** Parentesco: **hija**
Teléfono: **3187940076**
Dirección Actual: **CLC 43A 1Ae 3B El Reposo**

Firma: 

Huellas: _____

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

| | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-------|------------|---------------------|------------|
| Ciudad | La Dorada | Fecha | 29 04 2021 | Hora | 13:30 |
| Nombre del Paciente | Jaqualina Vargas | | | Documento Identidad | 38283626 |
| Nombre Responsable Paciente | María Angélica Barrón Vargas | | | Documento Identidad | 1073325065 |
| Nombre Funcionario | Facuél Delfado | | | Documento Identidad | 15924098 |

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 ATENCION AL USUARIO

| sede | Dirección | Horario de atención | | |
|--------------|---|--|--------------------|--------|
| | | Lunes a Viernes | Sábado | Sábado |
| Dosquebradas | Carrera 2A No. 7-35 Zona Industrial La Balsa 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, comunicándose a nuestra Línea de Atención al Usuario:

LINEAS DE ATENCION AL USUARIO

| Seccional | Teléfono | Horario de atención | | | Emergencias 24 horas |
|--------------|-----------------|---------------------|-------------------|-------------|----------------------|
| | | Lunes a Viernes | Sábado | 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 ATENCION 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 Famisana o en mi calidad de acudiente Yo María Angélica Barrón Vargas con cédula de ciudadanía N° 1073325065

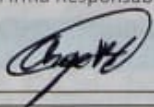
responsable del paciente nombrado anteriormente quien presenta impedimento físico; Declaro que he recibido capacitación sobre el manejo y seguridad de los equipos entregados por OXIPRO S.A.S., y tengo la capacidad de:

- 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.

AUTORIZACION 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@oxiproasa.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, deputar, 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 (pesión POR5), 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.

FIRMAS DE LA DECLARACION

Firma Paciente: _____ Firma Responsable del Paciente:  Firma Funcionario: 