

I. COMODANTE - OXIPRO S.A.S (Representado por)
Nombre Comodante: OXIPRO S.A.S OXIPRO **Leonardo UR.** Fecha: **21** / **12** / **2017**

II. DATOS COMODATARIO (PACIENTE)
Nombre Comodatario: _____ Documento Identidad: _____
Dirección Comodatario: _____ Tel Comod: _____
Dirección Ubicación Equipo: _____ Tel Ubicac: _____
Descripción Ubicación Equipos: Paciente Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro _____
Ciudad: **Aravia Pereira** Departamento: _____
Flujo (L/min): **2 litros.** Horas: **24 horas** EPS: **medimas** Nivel IBC: **1**

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: **Luz Amparo Fernandez R.** Documento Identidad: **1010140846**
Dirección: **Calle 100 Aravia Pereira la Linda 1 casa** Teléfono: **3219885623**
Ciudad: **Aravia Pereira** Departamento: **Risaralda**
Parentesco: Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro _____

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1	Nombre	Angela Liliana fernandez	Dirección	Vereda la Linda Aravia 1 casa
	Teléfono	3132772704	Parentesco	Hermano
	Empresa	Independiente	Tel. Empresa	
2	Nombre	Mama C. Rios	Dirección	Vereda la Linda Aravia 1 casa
	Teléfono		Parentesco	madre
	Empresa	Area de casa	Tel. Empresa	

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	2255196099	4 (SMLV)		B M	<input type="checkbox"/>	Sele Entregan Equipos en Buenos con silencia.
Cilindro de Respaldo		1 (SMLV)		B M	<input type="checkbox"/>	
Regulador de Cilindro		0,15 (SMLV)		B M	<input type="checkbox"/>	
Cilindro Portátil	H2476807	0,35 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	
Regulador C Portátil	190801037	0,18 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	

COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Panel	0,71 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	B M	<input type="checkbox"/>	Sele Entregan Equipos en Buenos condiciones.
Filtros	0,01 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	B M	<input type="checkbox"/>	
Flujómetro	0,35 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	B M	<input type="checkbox"/>	
Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	B M	<input type="checkbox"/>	
Cable	0,01 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	B M	<input type="checkbox"/>	
Ruedas	0,04 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/>	B M	<input type="checkbox"/>	
Cabina		<input checked="" type="checkbox"/>	B M	<input type="checkbox"/>	

INSUMO	Humidificador	Cánula	Carrito	Trampa de Agua
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 protecciondedatos@oxiprosas.com en calidad de RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S queda autorizado para recolectar, compilar, almacenar, usar, circular, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprimir y disponer mis datos personales aquí suministrados de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto social de la Compañía y en especial para Capacitación, Historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y medicamentos, Encuestas de Opinión, atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares, Servicios de arrendamiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales. Envío de comunicaciones. Control de Inventarios, Gestión de cobros. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S
Firma del Comodante (Representante): **Leonardo UR**
Nombre Comodante (Representante): **Leonardo UR**
Documento Identidad (Representante): **1856284**

EL COMODATARIO - PACIENTE y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FISICA DE EL COMODATARIO (Paciente) Y A FAVOR DE ESTE
Marque con una X la figura que firmará el presente contrato: Paciente "A Ruego"
Firma de el Comodatario: **Luz Fernandez**
Nombre de el Comodatario: **Luz Amparo Fernandez**
Documento Identidad del Comodatario: **1010140846**

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO					
Ciudad	Araba PEREIRA	Fecha	21 12 2021	Hora	12:25
Nombre del Paciente	HUGO DIOSA			Documento Identidad	4512994
Nombre Responsable Paciente	Luz Amparo Fernandez			Documento Identidad	1010140846
Nombre Funcionario	Leonardo UR			Documento Identidad	1856184

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 mas 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 Medimas 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 Luz Amparo Fernandez R. con cédula de ciudadanía N° 1010140846.

responsable del paciente nombrado anteriormente quien presenta impedimento físico; Declaro que he recibido capacitación sobre el manejo y seguridad de los equipos entregados por OXIPROS.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 protecciondatos@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.

FIRMAS DE LA DECLARACION

Firma Paciente: _____ Firma Responsable del Paciente: Luz Fernandez Rios Firma Funcionario: Leonardo UR