

I. COMODANTE - OXIPRO S.A.S (Representado por)
Nombre Comodante: OXIPRO S.A.S "OXIPRO"
Fecha: 29 / 10 / 21

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)
Nombre Comodatario: Teresa Zapata
Dirección Comodatario: Cll 14 # 13B-15 Terrazas de la 14
Dirección Ubicación Equipo: Cll 14 # 13B-15 Terrazas de la 14
Descripción Ubicación Equipos: Paciente Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tio(a) Otro
Ciudad: Cito. Departamento: Valle
Flujo (L/min): 2L Horas: 24H EPS: N. EPS. 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: Edwin Cuervo
Dirección: Cll 14 # 13B-15 Terrazas de la 14
Ciudad: Cito. Departamento: Valle
Parentesco: Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tio(a) Otro

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1	Nombre	Maria Camila Cuervo	Dirección	Cll 14 # 13B-15 Terrazas de la 14 - Cito
	Teléfono	cc. 1112794219	Celular	3126617954
	Empresa	Estudiante	Dir. Empresa	
			Tel. Empresa	Nieta
2	Nombre	Cecilia Zapata	Dirección	Cll 14 # 13B-15 Terrazas de la 14 - Cito
	Teléfono	cc. 32501365	Celular	3148265905
	Empresa	Ama de casa	Dir. Empresa	
			Tel. Empresa	Hermana

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	NN-326615	4 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	Se entregan Equipos en buenas condiciones
Cilindro de Respaldo	0715028	1 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador de Cilindro	BB-226030	0,15 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cilindro Portátil	BA A-072	0,35 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador C Portátil	310401243	0,18 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR						
	CP. 4056					
	COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
	Panel	0,71 (SMLV)	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Filtros	0,01 (SMLV)	3	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)	4	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Cabina	-	1	B M	<input checked="" type="checkbox"/>	
INSUMO	Humidificador		1			
	Cánula		1			
	Carrito		1			
	Trampa de Agua		1			

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 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): J. Andres Agudelo P.
Documento Identidad (Representante): 6119280

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 llevará el presente contrato: Paciente "A Ruego"
Firma del Comodatario: Edwin Cuervo
Nombre de el Comodatario: Edwin Cuervo
Documento Identidad del Comodatario: 98640033



OXÍGENOS MEDICINALES
NIT. 900.481.014-0

RECIBO
DE PAGO

OX-OP

14412

Atención al Usuario Bogotá: 4320520

Atención al Usuario Eje Cafetero: 3302770-3401511-3147912353

Paciente

Fecha

Teresa Zapata 21683109

29/10/21

Concepto

Cantidad

Valor

3500

Recaudo Cuota Moderadora

Cánula 3m (\$5000)

6m (\$5000)

15m (\$5000)

Recaudo Cilindro respaldo (\$30.000)

Recaudo Cil. Portatil Adicional (\$15.000)

Transporte Cilindro Portátil (\$15.000)

Filtros (\$5.000 /cada uno)

Humidificador (\$5.000)

Otro

TOTAL

3500

OBSERVACIONES

Cancelon Copago de oct. 2021.

Entrega:

Nombre:

Edwin Cuervo

Cédula:

98640.033

Firma

Recibe:

Nombre:

Andres Agudelo

Cédula:

6119281

Firma

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: **Teresa Zopata** Documento: **21583109** Dirección: **Cl 14 # 130-15 Cto** Fed: **29/10/21**
Entidad: **N. EPS.** Teléfono: **3148912444** Consumo: **2L 1244L** Autorizac:
Solicitante: **Edwin Cuervo** Parentesco: **Hijo** Teléfono:

ORDEN DE SERVICIO

Mrg. Orden: **130424401** Tipo de Servicio: **Entrega Inicial concentr. con resp.** Observación:
130424402 **Entrega portátil permanente.**

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: Flujo: Concentración: Filtro de aire: Cambio Limpieza Hora Con/traidor: Código:

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR	N	3	2	5	2	5	4
C. RESPALDO	B	1	2	2	8	0	
REGULADOR 540	B	1	2	3	6	0	3
C. PORTATIL	B	A	A	2	7	2	
REGULADOR 870	Z	1	0	4	0	1	2
CARRITO P.	CP	4	0	5	6	4	3

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR SI NO C. RESPALDO SI NO C. PORTATIL SI NO REGULADOR 540 SI NO REGULADOR 870 SI NO CARRITO SI NO

REPORTE DE DAÑOS

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/traidor	\$150.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Flujómetro	\$80.000		Adapt a Humidificador	\$15.000	
Rueda	\$20.000		Switch de Encendido	\$15.000		Panel Frontal	\$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 entrega concentrador cilindro de respaldo portátil resp. a 2000 PSI, reguladores CGA 540 y 870, humos y carrito todos los equipos en buenas condiciones, cancelan copago de octubre 2021.** Hora Servicio: **10:15.**

Funcionario Entrega: **J. Andres Gudeo P.** Documento: **[Firma]**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS	CONSUMIBLES RECIBIDOS
Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)
FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. ORDEN MÉDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.	HUMIDIFICADOR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 090919 CÁNULA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 2022 TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

PAGOS HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$3500	\$ -	\$ -	\$3500.

CALIDAD DEL SERVICIO CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO **excelente**

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 de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares, Servicios de mantenimiento 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 suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre: **Edwin Cuervo** Firma: **[Firma]** Huella:
Documento: **98640033** Parentesco: **Hijo**
Teléfono: **3148912444** Cel: **3148912444**
Dirección Actual: **Cl 14 # 130-15 Terrazas de la 14**

Popelería Manual por baja señal.

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	Ciudad	Fecha	29 10 21	Hora	10.15
Nombre del Paciente	Teresa Zapata	Documento Identidad	21683109		
Nombre Responsable Paciente	Edwin Cervero	Documento Identidad	98650053		
Nombre Funcionario	J. Andres Agudelo P.	Documento Identidad	6119281		

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 efectuarse 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 Bardea 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 Temascal	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 solicitaria a domicilio con un cargo adicional por envío, comunicándose 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 N. E. J. 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 Edwin Cervero con cédula de ciudadanía N° 98650053

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 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 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 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: Edwin E. Cervero Firma Funcionario: _____