

Nº
OX-CC 018570

CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3382779-3401511-3147912353

Código: OCL-SEB-FR-02
Fecha: Agosto 04 de 2017
Página 1 de 1

I. COMODANTE - OXIPRO S.A.S (Representado por) **OXIPRO S.A.S "OXIPRO"** Fecha: **20 09 21**

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)
Nombre Comodatario: **Andrés López** Documento Identidad: **21023969**
Dirección Comodatario: **Urb. Moravia** Tel Comod: **3115609694**
Dirección Ubicación Equipo: **Topapi V. Herrera Bustos** Tel Ubicac: **3115609694**
Descripción Ubicación Equipos: **Topapi V. Herrera Bustos**
Ciudad: Paciente Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tio(a) Otro
Flujo (L/min): **2 Litros** Departamento: **Quindío** Nivel IBC: **Alta EPS**

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: **Efrén Bustos** Documento Identidad: **3078237**
Dirección: **Cll 144c # 1419-48 B/a. 10. Casa 2.** Teléfono:
Ciudad: **Bogotá** Departamento: **Quindío**
Parentesco: Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tio(a) Otro

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1	Nombre	Elda Bustos	Dirección	Cll 144c # 1419-48.	Parentesco	Hija
	Teléfono					
	Empresa		Celular	3138376038	Tel. Empresa	
2	Nombre	Maria Espinosa	Dirección	Cll 144c # 1419-48	Parentesco	Muerta
	Teléfono					
	Empresa		Celular	3007595618	Tel. Empresa	

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	202008000374A	4 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	CP. 4082
Cilindro de Respaldo	162472-078	1 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador de Cilindro	RR-240113	0,15 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cilindro Portátil	90525044	0,35 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador C Portátil	190801221	0,18 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	

COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Panel	0,71 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Filtros	0,01 (SMLV)	3	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cable	0,01 (SMLV)	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ruedas	0,04 (SMLV)	4	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cabina	-	1	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	

INSUMO	Humidificador	Cánula	Carrito	Trampa de Agua
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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, a 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, cesar, 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, procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Registro de información a los titulares, Servicios de arrendamiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información 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.

COMODANTE - OXIPRO S.A.S
Nombre del Comodante (Representante):
Nombre Comodante (Representante):
Documento Identidad (Representante):

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 se corresponde: Paciente "A Ruego"
Firma de el Comodatario: *[Firma]*
Nombre de el Comodatario: **Efrén Bustos Morano**
Documento Identidad del Comodatario: **3078237 La palma**

Nº
OX-DC 017118

DECLARACION DE CAPACITACION
LINEA DE ATENCION AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCION AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353

Código: GOL-SEB-FR-03
Fecha: Agosto 04 de 2017
Versión: 2
Página 1 de 2

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	Topopis		Fecha	20 09 21	Hora	11.30 AM
Nombre del Paciente	Marib Alvaro		Documento Identidad	21023969		
Nombre Responsable Paciente	Efraim Bustos		Documento Identidad	3.078.237		
Nombre Funcionario	Andrés López		Documento Identidad	SPM 573		

CAPACITACION

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 PRESTACION DEL SERVICIO

La recarga de cilindro portátil deberá efectuarse en la sede de atención al Usuario más cercana a su domicilio:

sede	Dirección	Horario de atención	
		Lunes a Viernes	Sábado
Dosquebradas	Carrera 2A No. 7-35 Zona Industrial La Bodega 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 Tamaraco	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.

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 entregará 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 _____
o en mi calidad de acudiente Yo Efraim Bustos
con cédula de ciudadanía N° 3.078.237.

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 proteccion@oxipro.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 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 procesos. 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.

OTROS DE LA DECLARACION

Firma Paciente: _____ Firma Responsable del Paciente: Efraim Bustos Firma Funcionario: Andrés López