

N°
OX-OV **020649**

ORDEN DE VISITA
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353

Código: GOL-SED-FR-02
Fecha: Agosto 04 de 2017
Versión: 2
Página 1 de 2

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	Fbr Gadoy	Documento	41336832	Dirección	CL 6# 6-10 Combomina Alouja
Entidad	Servisalud	Teléfono	3005544129	Consumo	2L/12h
Solicitante	Francisco Rojas	Parentesco	Hijo	Teléfono	3005544105

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130484851	Entrega Inicial	

REVISIÓN TÉCNICA					
Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/trador
					Código

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO											
Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos					
CONCENTRADOR	N	N	-	4	0	0	5	CONCENTRADOR			
C. RESPALDO								C. RESPALDO			
REGULADOR 540								REGULADOR 540			
C. PORTATIL								C. PORTATIL			
REGULADOR 870								REGULADOR 870			
CARRITO P.								CARRITO P.			

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO											
CONCENTRADOR	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
									REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
									CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO

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 Con/trador	\$150.000		Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	
Filtro Externo Lateral	\$5.000		Manija	\$50.000		Cable de Poder	\$20.000		Carrito 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): Se entrega equipo probado y revisado en perfectas condiciones, se entrega cánula y humidificadora nuevos y en buen estado. Visita PCI

Hora Servicio: 14:53

Funcionario Entrega: Andrés Chah Documento: SPN 573

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) FALLECIMIENTO Fallecimiento del Paciente. VOLUNTARIA Devolución Voluntaria. ORDEN MÉDICA Por Orden Médica. CAMBIO Cambio de Proveedor. AFILIACIÓN Estado Afiliación EPS.	Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO) HUMIDIFICADOR <input checked="" type="checkbox"/> SI CÁNULA <input checked="" type="checkbox"/> SI TRAMPA DE AGUA <input checked="" type="checkbox"/> NO

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE: Cuota Moderadora \$ <u> </u> Daño Equipo \$ <u> </u> Otros Pagos \$ <u> </u> Total \$ <u> </u>	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación) EXCELENTE <input checked="" type="checkbox"/> EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO

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.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO		
Nombre	<u>Francisco Rojas</u>	Firma
Documento	<u>79856990</u>	Huella
Teléfono	<u>3005544105</u>	
Dirección Actual	<u>Calle 6# 6-10 Casa 9ME</u>	

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	Zipaquirá	Fecha	22 7 2022	Hora	14:53
Nombre del Paciente	Fbr Gabog	Documento Identidad	41336832		
Nombre Responsable Paciente	Francisco Rojas	Documento Identidad	79856990		
Nombre Funcionario	Andrés Chala	Documento Identidad	SPN 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 PRESTACIÓN DEL SERVICIO

- La recarga de cilindro portátil deberá efectuarla 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 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

DECLARACION DE CAPACITACION

Yo _____ con cédula de ciudadanía N° _____ que soy atendido por OXIPRO S.A.S, con la autorización de la EPS _____ en mi calidad de acudiente Yo _____ con cédula de ciudadanía N° _____

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 proteccionde datos@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 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:	Firma Funcionario:
		Andrés Chala

N°
OX-CC 016639

CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES

LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 6446062
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353

Código: GOL-SED-FR-02
Fecha: Agosto 04 de 2017
Versión: 2
Página 1 de 2

I. COMODANTE - OXIPRO S.A.S (Representado por)

Nombre Comodante: OXIPRO S.A.S "OXIPRO" Fbr Godoy
Fecha: 22 07 22

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)

Nombre Comodatario: Fbr Godoy
Dirección Comodatario: Cl. 646-10 Condominio los acacias
Dirección Ubicación Equipo: Cl. 646-10 Condominio los acacias
Descripción Ubicación Equipos: Paciente Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro
Ciudad: Zipaquira
Flujo (L/min): 2 L
Horas: 12 h
EPS: Servisalud
Departamento: Cundinamarca
Documento Identidad: 41336832
Tel Comod: 3005544129
Tel Ubicac: 3005544129

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: Francisco Rojas
Dirección: Cl. 646-10 Condominio los acacias casa 9 Jn. E
Ciudad: Zipaquira
Parentesco: Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro
Documento Identidad: 79856990
Teléfono: 3005544105
Departamento: Cundinamarca

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1 Nombre: Alexander Uriza
Teléfono: 3112751211
Celular: 3112751211
Parentesco: Primo
Dirección: Cl. 646-10 Condominio los acacias
2 Nombre: _____
Teléfono: _____
Celular: _____
Parentesco: _____
Dirección: _____
Dir. Empresa: _____
Tel. Empresa: _____

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	NA-4005B	4 (SMLV)	7	✓ M	<input type="checkbox"/>	
	Marca					
Cilindro de Respaldo		1 (SMLV)		B M	<input type="checkbox"/>	
Regulador de Cilindro		0,15 (SMLV)		B M	<input type="checkbox"/>	
Cilindro Portátil		0,35 (SMLV)		B M	<input type="checkbox"/>	
Regulador C Portátil		0,18 (SMLV)		B M	<input type="checkbox"/>	

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

INSUMO	Humidificador	Cánula	Carrito	Trampa de Agua
	1	1	0	0

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@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, 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): Andrés Chob
Nombre Comodante (Representante): Andrés Chob
Documento Identidad (Representante): SPN533

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 corresponde a esta contrato Paciente "A Ruego"
Firma de el Comodatario: Francisco Rojas
Nombre de el Comodatario: Francisco Rojas
Documento Identidad del Comodatario: 79856990 Bn

**CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS
PARA PACIENTES
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 6446062
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912393**

Código:	OCX.0001.FR.02
Fecha:	Ago 04 de 2017
Versión:	2
Página 2 de 2	

V. CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS

Las partes definidas arriba en los numerales I y II que en adelante serán referidas como COMODANTE y COMODATARIO, han convenido celebrar un contrato de comodato que se registrará por las cláusulas que a continuación se enuncian y en lo previsto en ellas por las disposiciones legales aplicables a la materia de qué trata el presente acto jurídico.

CLAUSULA PRIMERA - OBJETO. EL COMODANTE entrega a EL(LA) COMODATARIO (A) a título de COMODATO el (los) equipo (s) que se le entregan físicamente descritos anteriormente en INVENTARIO DE EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado). **El régimen Legal que rige este contrato es el contenido en los artículos 2200 y siguientes del Código Civil Colombiano.**

El COMODANTE podrá estar representado en este acto por funcionarios o empleados bajo su subordinación, quienes lo representarán en todo lo relacionado con el desarrollo, ejecución y terminación del mismo. Ellos tendrán las mismas facultades, derechos y obligaciones establecidas en la legislación Colombiana para el Factor, según lo establecido en los Artículos 1332 y siguientes del Código de Comercio.

CLAUSULA SEGUNDA - Propiedad De Los Equipos: - EL COMODATARIO - reconoce y acepta que el (los) equipos descritos anteriormente en el presente contrato es (son) de propiedad exclusiva de EL COMODANTE. EL COMODATARIO - (paciente) Será responsable de la adecuada utilización del (los) equipo (s) y pagará el costo que cause cualquier reparación y los repuestos necesarios para la misma, si el daño es causado por el mal uso o el maltrato de todo el equipo o de sus componentes.

CLAUSULA TERCERA- Estado De Equipos: EL COMODANTE, entrega a EL COMODATARIO - (paciente) en perfecto estado de funcionamiento, conservación y apto(s) para su uso EL (LOS) EQUIPOS descrito(s) en INVENTARIO DE EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS, quien declara haberlo(s) recibido en dicha forma, y ratifica con la suscripción del presente documento.

CLAUSULA CUARTA - Traslado De La Ubicación De Equipos: EL (LOS) EQUIPO(S) no podrá(n) ser trasladado(s) por EL COMODATARIO - (paciente), ni por terceros a un lugar diferente del relacionado como UBICACIÓN DE LOS EQUIPOS y donde permanecerán (EL) LOS EQUIPO(S) en la parte de NOTIFICACIONES del presente documento, la misma donde ha(n) de ser utilizado(s). Cualquier movilización solo podrá ser autorizada por EL COMODANTE previamente y por escrito, de lo contrario se tomaría esta acción como hurto del (los) equipos.

CLAUSULA QUINTA- Pérdida, Daño, Hurto De Equipos: En caso de pérdida, destrucción total, hurto o cualquier otra situación similar de EL (LOS) EQUIPOS, el valor de los mismos, será asumido en su totalidad por EL COMODATARIO - (paciente) a favor de EL COMODANTE, de acuerdo a las tarifas de valor comercial del (los) mismo(s) y que se encuentran descrita s en la tabla DE INVENTARIO DE EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS del presente contrato.

CLAUSULA SEXTA- Obligaciones del COMODATARIO: En virtud del presente contrato EL COMODATARIO - (paciente) se obliga: **a) Conocer y aplicar** las recomendaciones de seguridad y manejo de los equipos de Oxigenoterapia entregados, y en caso de desconocimiento solicitar información a EL COMODANTE.

b) Cuidar y mantener en buen estado EL (LOS) EQUIPO(S) recibido(s) en comodato y descrito(o)s en la CLAUSULA PRIMERA de la presente relación contractual, respondiendo por todo daño que sufra(n) los(el) mismo(s), salvo aquellos que se deriven del deterioro normal por su uso legítimo. **c) Mantener**

EL(LOS) EQUIPO(S) en buen estado de conservación **d) Restituir** EL (LOS) EQUIPO(S) al vencimiento del contrato que EL COMODANTE tenga celebrado con la EPS, o cuando EL COMODATARIO - (paciente) se traslade a una EPS diferente a la arriba descrita, o a la muerte de EL COMODATARIO - (paciente) o a la cesación del procedimiento médico y por lo tanto suspensión del suministro del Oxígeno como consecuencia de dicha cesación y a instancias de todas formas de la determinación de la EPS **e) Utilizar** EL (LOS) EQUIPO(S) de acuerdo con el uso autorizado **f) Dar aviso** a EL COMODANTE de cualquier deterioro, o falla que sufra(n) EL (LOS) EQUIPO(S), especialmente si del mismo se deriva algún riesgo para el funcionamiento correcto de los mismos y permitir a EL COMODANTE la respectiva gestión para restablecer el buen funcionamiento de los equipos **g) Oponerse** en su calidad de tenedor, contra cualquier acción de terceros que afecte el uso tranquilo y pacífico de EL (LOS) EQUIPO(S) por parte de EL COMODATARIO - (paciente), o la propiedad de este(os) en cabeza de EL COMODANTE, o cualquier otra perturbación que se presentare, dando aviso a EL COMODANTE del hecho a más tardar dentro de los dos (2) días siguientes a la ocurrencia. **h) La**

transferencia del (LOS) EQUIPO (S) a cualquier título a un tercero y **i) Las demás obligaciones** propias de la naturaleza de este tipo de contratos.

EL COMODATARIO - (Paciente) se hará cargo y responderá por el buen uso y trato de EL (LOS) EQUIPO(S) entregado(s). En el caso de que hubiere de efectuarse cualquier reparación a EL (LOS) EQUIPO(S), el mal uso o maltrato de éste(os) por parte de EL (LA) COMODATARIO (A) (paciente), los costos de la reparación correrán a cargo de este último EL COMODATARIO - (paciente) responderá hasta por la culpa grave respecto de EL (LOS) EQUIPO(S) entregado(s) en COMODATO.

CLAUSULA SEPTIMA- Terminación del Contrato: Si EL COMODATARIO - (paciente) incumpliere una o cualquiera de las obligaciones a su cargo, el COMODANTE podrá exigir la restitución de los equipos y dar por terminado el presente contrato.

CLAUSULA OCTAVA- Otras Causales de Terminación del Contrato: El contrato termina además en los siguientes casos, debiendo EL COMODATARIO - (paciente) o sus herederos restituir el (los) equipo(s) si: 1) Por muerte de EL COMODATARIO - (paciente) 2) sobreviene a EL COMODANTE una necesidad imprevista del (los) equipo(s) 3) EL COMODATARIO - (paciente) le da al (los) equipo (s) un uso distinto al convenido en este contrato.

PARAGRAFO- Restitución: En estos casos la restitución deberá hacerla EL COMODATARIO - (paciente) o sus herederos en el momento en que así lo solicite EL COMODANTE sin que pueda excusarse de restituir el (los) equipos, ni alegar en caso alguno derecho de retención. En cualquier caso EL COMODATARIO - (paciente) deberá restituir el (los) equipo(s) en el mismo buen estado en que lo (s) recibió.

CLAUSULA NOVENA- Visitas de Verificación: EL COMODANTE puede realizar visitas periódicas al lugar de domicilio de EL COMODATARIO - (paciente) para verificar el estado actual de el (los) equipo(s).

CLAUSULA DECIMA - Buen Estado de los Equipos: EL COMODATARIO - (paciente) declara que a la fecha de este documento ha recibido del COMODANTE los equipos, que conoce cabalmente el (los) equipo(s) que recibe en comodato o préstamo de uso y por consiguiente no podrá exigir del COMODANTE las indemnizaciones a que se refiere el artículo 2217 del Código Civil por mala calidad o condición del (los) equipo(s), ni alegar derecho de retención por estos conceptos.

CLAUSULA DECIMA PRIMERA: En el evento en que por razones de salud EL COMODATARIO (paciente) beneficiario del servicio, no pueda suscribir con su firma autógrafa el presente documento, la suscripción o firma del mismo, podrá hacerse "a ruego" por un familiar o persona responsable ante la EPS, que debe ser mayor de edad. La firma a ruego no libera al Paciente y a sus herederos de las obligaciones derivadas del presente contrato.

CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: Las partes establecen como domicilio contractual y judicial la ciudad de Bogotá D.C. por lo cual establecen las siguientes direcciones:

EL COMODANTE: OXIPRO S.A.S en la dirección de notificación: Cra. 22 No. 168-40

EL COMODATARIO - (paciente): Dirección CL. 64610 Condominio los alcañes

Teléfono: 3005541105

CLAUSULA DECIMA TERCERA: El contrato podrá ser firmado por el representante legal del comodante o el funcionario que este designe.

En constancia de todo lo anterior se suscribe por las partes, en dos (2) ejemplares del mismo tenor y valor, en la ciudad de Zipaquirá Departamento

de Cundinamarca el día 22 del mes Julio año 2020