



CONTRATO DE COMODATO CONCENTRADOR PORTÁTIL

**FORMATO
GOL-SED-FR-06**

Versión: 1

**Actualización:
07/07/2017**

Página 2 de 2

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 regirá 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 al COMODATARIO 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 representaran 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 del 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 por el maltrato de todo el equipo o de alguno de sus componentes.

CLAUSULA TERCERA - Estado de Equipos. El COMODANTE entrega al COMODATARIO (paciente) en perfecto estado de funcionamiento, conservación y apto(s) para su uso el(los) equipo(s) descrito(s) en INVENTARIO DE EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS, declarando haberlo(s) recibido en dicha forma, y lo ratifica con la suscripción del presente documento.

CLAUSULA CUARTA - Pérdida, Daño, Hurto de Equipos. En caso de pérdida, destrucción parcial, destrucción total o hurto del(los) equipos(s), el valor del mismo será asumido en su totalidad por el COMODATARIO (paciente) a favor del COMODANTE, de acuerdo a las tarifas de valor comercial que se encuentran descritas en la tabla INVENTARIO DE EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS, expuesta en el numeral V del presente contrato.

CLAUSULA QUINTA - Obligaciones del COMODATARIO. En virtud del presente contrato, el COMODATARIO (paciente) está obligado a: a) Conocer y aplicar las recomendaciones de seguridad y manejo de los equipos de suministro de oxígeno entregados, y en caso de desconocimiento solicitar información al COMODANTE; b) Cuidar y mantener en buen estado el(los) equipos(s) recibido(s) en comodato y descrito(s) en la CLAUSULA PRIMERA de la presente relación contractual, respondiendo por todos los daños que no 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, cuando el COMODATARIO (paciente) se traslade a una EPS diferente a la descrita anteriormente, cuando suceda la muerte del COMODATARIO (paciente) o cuando se de a lugar la cesación del procedimiento médico y por lo tanto suspensión del suministro del oxígeno como consecuencia de dicha cesación y a instancias de cualquier determinación de la EPS; e) Utilizar el(los) EQUIPO(S) de acuerdo con el uso autorizado; f) Dar aviso al COMODANTE de cualquier deterioro o falla que sufra(n) el (los) EQUIPO(S), especialmente si del mismo se deriva algún riesgo para su correcto funcionamiento y permitir al 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 del(los) EQUIPO(S) por parte del COMODATARIO (paciente), o la propiedad de este en cabeza del COMODANTE, o cualquier otra perturbación que se presentare, dando aviso del hecho al COMODANTE 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; 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 del (los) EQUIPO(S) entregado(s). En el caso de que hubiere de efectuarse cualquier reparación al(los) EQUIPO(S), por el mal uso o maltrato por parte del COMODATARIO (paciente), los costos de la reparación correrán a cargo de este último.

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

CLAUSULA SÉPTIMA - Otras Causales de Terminación del Contrato. El contrato termina además en los siguientes casos: 1) Por muerte del COMODATARIO (paciente); 2) Si sobreviene al COMODANTE una necesidad imprevista del(los) equipo(s); 3) Si el COMODATARIO (paciente) 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) equipos en el mismo estado en que lo(s) recibió.

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

CLAUSULA NOVENA - Buen Estado de los Equipos. El COMODATARIO (paciente) declara que: a la fecha de este documento ha recibido del COMODANTE los equipos, conoce cabalmente el(los) equipos 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) equipos, ni alegar derecho de retención por estos conceptos.

CLAUSULA DECIMA - 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 PRIMERA - 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: Carrera 22 No. 168-40. EL COMODATARIO (paciente): Dirección _____ Teléfono: _____

CLAUSULA DECIMA SEGUNDA - 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 _____ Departamento de _____ el día _____ del mes _____ año _____.



DECLARACION DE CAPACITACION CONCENTRADOR PORTÁTIL

FORMATO

GOL-SED-FR-05

Versión: 1

Actualización:
07/07/2017

Página 1 de 1

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

| | | | | | |
|-----------------------------|------------------------|---------------------|-------------|------|--------|
| Ciudad | Bogotá | Fecha | 17 06 2022 | Hora | 09:44. |
| Nombre del paciente | Maria Pinzon R. | Documento identidad | 41.437.197. | | |
| Nombre responsable paciente | Franklin Perez Pinzon. | Documento identidad | 80.178.507. | | |
| Nombre funcionario | Santiago Lopez | Documento identidad | 1013691844. | | |

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, indicándole a continuación algunas instrucciones y recomendaciones a tener en cuenta para el adecuado y correcto funcionamiento de su servicio.

DECLARACIÓN DE CAPACITACIÓN

Yo (Paciente) _____ identificado con documento No. _____, atendido(a) actualmente por OXIPRO S.A.S. conforme lo indica la autorización de la EPS No. _____ o en mi calidad de acudiente Yo _____ identificado con documento No. _____ responsable del paciente nombrado anteriormente, declaro que he recibido capacitación sobre el manejo y seguridad del dispositivo médico entregado por OXIPRO S.A.S., y que además:

- He comprendido la información suministrada.
- Tengo claridad sobre el funcionamiento del equipo.
- Me encuentro en la capacidad de identificar en la orden médica el nivel de consumo de oxígeno medicinal formulado por el médico tratante.
- Puedo 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 del concentrador de oxígeno.
- Conozco los riesgos inherentes a la manipulación de Oxígeno Medicinal.
- Declaro que fui lo suficientemente informado sobre la incompatibilidad del uso de oxígeno generado por el concentrador frente a productos como grasas, gasolina, aceites y derivados.
- Conozco el número de contacto y horario dispuesto por la compañía para Atención al Cliente:

Sede: lunes a viernes 8:00 a.m. a 1:30 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m.

Línea de Atención al Cliente: 644 6062

Solicitud de servicios: 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Emergencias: 7:00 p.m. a 7:00 a.m.

- Adquiero el compromiso de comunicarme a la línea de Atención al Cliente: 644 6062, toda vez que se presente un evento de riesgo o incapacidad en la manipulación del equipo.
- Declaro que no permitiré el uso o manipulación del concentrador por terceros NO beneficiarios (paciente) del servicio.

OXIPRO S.A.S. queda absuelta de toda 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, efectúan nuestros funcionarios.

| PACIENTE | RESPONSABLE DEL PACIENTE | FUNCIONARIO OXIPRO S.A.S. |
|----------|--------------------------|---------------------------|
| Firma: | Firma: | Firma: |

RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD

IMPORTANTE: El equipo siempre se debe ajustar al consumo recetado por su médico. No hacerlo puede representar riesgos para su salud.

- No fumar en el Hogar. Fumar es además muy perjudicial para la salud.
- El oxígeno no es combustible, pero puede ser inflamable (aviva violentamente cualquier fuente de fuego), por ello es importante no colocar el aparato cerca de fuentes de calor (cocinas, estufas, radiadores, aparatos eléctricos, etc.).
- El equipo no debe cubrirse ni deben colocarse objetos sobre este.
- Se recomienda no utilizar cremas de mano ni facial, aerosoles, ungüentos, disolventes ni productos grasos en presencia de oxígeno.
- Las cánulas nasales no deben sobrepasar los 15 metros y no deben tener uniones (para evitar fugas).
- No se debe aumentar o disminuir NUNCA el flujo prescrito por el médico ni manipular el equipo de oxígeno.
- Mantener el aparato y sus accesorios (máscaras, cánulas nasales) en buen estado y sustituirlos por unas nuevas cuando se requiera.



PAGARÉ

FORMATO

GOL-SED-FR-08

Versión: 1

Actualización:

07/07/2017

Página 1 de 1



| | | | | | | | |
|--------|--|--------|--|----------------------|----|----|------|
| Número | | | | Fecha de vencimiento | dd | mm | aaaa |
| Valor | | Equipo | | Código | | | |

YO, _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio, manifiesto que pagaré solidaria e incondicionalmente a la orden de OXIPRO S.A.S., en la ciudad de Bogotá, en sus oficinas de atención al cliente ubicadas en la Carrera 12 No. 71-32 Of. 702, la suma de

(\$ _____), M/TE, así como cualquier otra suma por concepto de intereses o que se derive de ella o que sea complemento de ella. En caso de mora reconoceré y pagaré intereses a la tasa máxima permitida por la ley, sin perjuicio a las demás acciones legales que la acreedora pueda ejercer. Serán de mi cargo los gastos, costos, y los honorarios de la cobranza judicial o extrajudicial. Declaro excusado el protesto del presente pagaré, así como la presentación para el pago y el aviso de rechazo.

Para constancia, se firma en la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ del año _____.

INFORMACIÓN DE QUIEN ACEPTA TÉRMINOS DE PAGARÉ

| | | |
|---|--|---|
| Nombre: <u>Franklin Perez Pinzon</u> | Firma | Huella |
| Documento: <u>86-178507</u> Parentesco: <u>Hijo</u> |  |  |
| Teléfono: <u>6019309236</u> Cel: <u>3213231149</u> | | |
| Dirección: <u>Cll 130 F # 99-50</u> | | |
| EPS: <u>Nuev EPS</u> | | |
| Cotizante _____ Beneficiario _____ EPS-S _____ | | |



CARTA DE ACEPTACIÓN PAGARÉ

FORMATO

GOL-SED-FR-07

Versión: 1

Actualización:
07/07/2017

Página 1 de 1

Número

YO, _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio, manifiesto que para los efectos señalados en el artículo 622 del código de comercio, autorizo expresa e irrevocablemente a OXIPRO S.A.S. o a quien esta empresa designe, para llenar sin previo aviso los espacios en blanco del pagaré No. _____, así:

1. El valor del pagaré será igual a todas las sumas de dinero que se adeuden a OXIPRO S.A.S., con relación al contrato de responsabilidad de equipos suscrito el día _____.
NOTA: los valores sufrirán modificaciones de acuerdo a los precios vigentes en el almacén, en el momento de hacer efectivo el pago de cualquiera de los elementos.
2. La fecha de creación y vencimiento del pagaré será aquella en la que se diligencien los espacios en blanco.
3. El lugar para efectuar el pago será en la sede de atención al cliente de OXIPRO S.A.S., y/o en el lugar que indique dicha empresa.
4. El pagaré así diligenciado presta mérito ejecutivo y será exigible sin más requisitos, ni requerimientos.
5. Se deja constancia que, en mi poder queda copia de la presente carta de instrucciones.
6. Los gastos originados por concepto de impuestos de timbre correrán a mi cargo.

Para constancia, se firma en la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ del año _____.

INFORMACIÓN DE QUIEN ACEPTA TÉRMINOS DE PAGARÉ

Nombre: Franklin Perez Pinzon
 Documento: 80178507 Parentesco: Hijo
 Teléfono: 6019367236 Cel: 3213231149
 Dirección: Cll 130 F # 99-50
 EPS: Nueva EPS
 Cotizante _____ Beneficiario _____ EPS-S _____

Firma

Huella



DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

| | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|-------|-----------------|---------------------|-------------------|
| Ciudad | <i>Bogotá</i> | Fecha | <i>17 08 22</i> | Hora | <i>9:44 AM</i> |
| Nombre del Paciente | <i>María Dizon</i> | | | Documento Identidad | <i>41437197</i> |
| Nombre Responsable Paciente | <i>Franklin Perez</i> | | | Documento Identidad | <i>80178-507</i> |
| Nombre Funcionario | <i>Santiago Lopez</i> | | | Documento Identidad | <i>1013691844</i> |

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.

| SEDES DE ATENCION AL USUARIO | | Horario de atención | |
|------------------------------|--|--|--------------------|
| sede | Dirección | 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 Tamanao | 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 ATENCION AL USUARIO | | Horario de atención | | Emergencias 24 horas |
|-------------------------------|-----------------|---------------------|-------------------|----------------------|
| Seccional | Teléfono | 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 (humidificador, 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 *Franklin Perez* con cédula de ciudadanía N° *80-178-507*

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.
- Declaro conocer y aceptar las normas sobre seguridad y equipos relacionados (cilindro, regulador y concentradores).
- 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 proteccionde_datos@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 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 la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

FIRMAS DE LA DECLARACION

| | | |
|--------------------------------------|--|---|
| Firma Paciente <i>María Dizon R.</i> | Firma Responsable del Paciente <i>Franklin Perez</i> | Firma Funcionario <i>Santiago Lopez</i> |
|--------------------------------------|--|---|

Nº
OX-CC 018575

CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO. 3302770-3401511-3147912353

Categoría: 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" *Santiago Lopez* Fecha: 17 06 22

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)

Nombre Comodatario: *María Pinzon* Documento Identidad: *41-437-197*
Dirección Comodatario: *cil 130 F # 99-50* Tel Comod: *601 930 7236*
Dirección Ubicación Equipo: *cil 130 F # 99-50* Tel Ubicac: *601 930 7236*
Descripción Ubicación Equipos: Paciente Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tio(a) Otro
Ciudad: *Bogotá* Departamento: *Cundinamarca*
Flujo (L/min): *2 Hr* Horas: *24* EPS: *Nueva EPS* 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: *Franklin Perez* Documento Identidad: *80-178-507*
Dirección: *cil 130 F # 99-50* Teléfono: *321 223 1149*
Ciudad: *Bogotá* Departamento: *Cundinamarca*
Parentesco: Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tio(a) Otro

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1 Nombre: *Franklin Perez* Dirección: *cil 130 F # 99-50*
Teléfono: *321 223 1149* Celular: *321 223 1149* Parentesco: *Hijo*
Empresa: *Dir. Empresa* Tel. Empresa:
2 Nombre: *Andrés Perez* Dirección: *cil 130 F # 99-50*
Teléfono: *319 344 8101* Celular: *319 344 8101* Parentesco: *Hijo*
Empresa: *Dir. Empresa* Tel. Empresa:

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

| EQUIPO | CODIGO | VL CCIAL | CANT | ESTADO | INI | OBSERVACIONES |
|---|--------------------------|-------------|--------|--------|-------------------------------------|----------------|
| Concentrador | <i>S N O 1 4 1 4 1 4</i> | 4 (SMLV) | | B ✓ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Cilindro de Respaldo | <i>0 6 9 2 0 2 2</i> | 1 (SMLV) | | B M ✓ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Regulador de Cilindro | <i>2 1 0 4 0 4 4 3 8</i> | 0,15 (SMLV) | | B M ✓ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Cilindro Portátil | | 0,35 (SMLV) | | B M ✓ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Regulador C Portátil | | 0,18 (SMLV) | | B M ✓ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR | COMPONENTE | VL CCIAL | CANT | ESTADO | INI | OBSERVACIONES |
| | Panel | 0,71 (SMLV) | | B M ✓ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | Filtros | 0,01 (SMLV) | | B M ✓ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | Flujómetro | 0,35 (SMLV) | | B M ✓ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | Interruptor Encendido | 0,02 (SMLV) | | B M ✓ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | Cable | 0,01 (SMLV) | | B M ✓ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | Ruedas | 0,04 (SMLV) | | B M ✓ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | Cabina | | | B M ✓ | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| INSUMO | Humidificador | | Cánula | | Carrito | Trampa de Agua |

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@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 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 estadísticas internas, 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 ha sido suministrado de forma voluntaria y es verídica.

EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S

Firma del Comodante (Representante): *[Firma]*
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 firmó el presente contrato: Paciente "A Ruego"
Firma de el Comodatario: *[Firma]*
Nombre de el Comodatario: *Franklin Perez Pinzon*
Documento Identidad del Comodatario: *80 178 507 Bm*