SUP XIGENOS MEDICI NIT. 900.481.01	4-0 UX-UV UZUJZZ	LINEA DE AT LINEA DE ATENCIÓ ORMACIÓN DE PE	ORDEN DE VISITA FENCIÓN AL USUARIO B ON AL USUARIO EJE CAFETERO: 3307	2770-3401511-3147912353	Código. GOL-SED-FR-02 Fecha: Agosto 04 de 2017 Versión: 2 Página 1 de 2
Paciente Entidad Solicitante	lorge Pinila Doc	efono 313465 entesca Pasi e	829. Direction C	Teléfono	Feda 29 03 12 - 320 313 465 2209.
Nro. Oro 130 459		the state of the s	RVICIO	Observación	
MET PERSON	The Table	SEPTEMBER OF	CNICA		
esión O2	Flujo Concentración	RÉVISIÓN TÉ	Cambio Limpieza Hora Co	n/trador	Código
北京 組織と2十萬 5.4 5.5	A CONTRACTOR OF THE CONTRACTOR		S, INVENTARIO Y ESTADO		2.10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 1
CONCENTRADOR RESPALDO REGULADOR 540 PORTATIL REGULADOR 870	Códigos Equipos Entregados 7 F S O 2 01 80 700 A 9 2 8 3 0 4 4 Q Q - 2 3 1 2 2 8		CONCENTRADOR C. RESPALDO REGULADOR 540 C. PORTATIL REGULADOR 870	os Equipos Reco	glaos
CARRITO P.	50	UIPOS PRESENTES E	CARRITO P.	39 28	A to be Charles and the
ONCENTRADOR				REGULADOR 870	NO CARRITO SI NO
	5650497	REPORTE DE	DAÑOS Daño/Perdida V/uni	t Cant Daño/	Perdida V/unit Cant
iltro Externo Central iltro Externo Lateral Base Concentrador Rueda Soporte Filtro Centra Nro. Reporte Deservaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño).	\$5.000 \$80.000 \$20.000 \$15.000 Recibo Manual Se Enregan Perfectos Conerco hum frances And but Gome 2	\$50.000 \$80.000 \$15.000 \$10.000 Recibo CRM	Carcasa Con/trador \$150.00 Cable de Poder \$20.00 Adapt a Humldificador \$15.00 Panel Frontal \$80.00 Tapa de Filtro Interno \$20.00 Valor de Daño Provados Re Entreyan Canus Documento:	Regulador Regulador Otros	tatii \$20.000 870 \$80.000 540 \$80.000 ,
	ESPACIO	PARA SER DILIC	ENCIADO POR EL PACI	ENTE	
FALLECIMIENTO VOLUNTARIA ORDEN MÉDICA	Estado Afiliación EPS.	omiciliario por el sig (Esc	and an early	Me entregaron los (Escribir SI o NO) HUMIDIFICAE CÁN	ULA SI PO DE 2019 GUA NO POPER DE 2019
	位的 (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1)	Section (Section 1984)	CALIFICO EL SERVICIO CO	ALIDAD DEL SER\ MO (Escribir la Califica	
Cuota Moderadora	MA TOTAL POR CONCEPTO DE: Daño Equipo \$ \$ Concepto Description Otros Pagos Otros	Total \$	EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO	ecelente.	
	EAS DATA En cumplimiento del Régimen General de nizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada tralar mis datos personales de acuerdo con su Polític	ca de Tratamiento de Da	datos Personales, OXIPRO S.A.S qui datos personales aqui suministrado	eda autorizado para recol es, de acuerdo con las finali	el ingreso de mis datos personales e dedatos@oxiprosas.com en calida ectar, compilar, almacenar, usar, circ dades relacionadas con el objeto soci- s y medicamentos, Encuestas de Opir , Remisión de información a los títula



Nº	

CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES

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

Cádigo	GOL-SED-FR-02
Fecha:	Agosto 04 de 2017
Versión:	2
F	Agina 1 de 2

Nombre Comodante I. DATOS COMODATAR Nombre Comodatario Dirección Comodatario Dirección Ubicación Equip Descripción Ubicación Equip	OXIPRO S.A.S	OXIPRO). O	(F)	No. Design	True Est	ulianisa,	in and	Fecha		29	03		22
DATOS COMODATAR ombre Comodatario rección Comodatario rección Ubicación Equip	OV9)-			No.	The East	1(4x120)	THE P	Fecha		29	03		UU
mbre Comodatario ección Comodatario ección Ubicación Equip	orge								CONTRACTOR OF THE PARTY OF THE	-	CONTRACTOR CONTRACTOR			
ección Comodatarlo ección Ubicación Equip	01	1									10 10 10 10 10			
ección Ubicación Equip	01	1 2 2 3	P.n.	Ma.		(A) (A)	Docun	nento Id	dentidad			1638		
	me from the same	A ZF	61	11	A STATE OF THE STA			Jan Irela	Te	el Como	31:	3 465	322	90
escripción Ubicación Equ	00 (1)	ASA	61	- Liver	图6周1年	talin R		37.85	Te	el Ubicad	31	3 465	5 22	P0.
·				Madre [Hijo(a)	Herma	no(a)	Sob			1-7	Otro		
udad	Bog			ing years		epartamen	to .	19	16/5	Cunc	man	orcc	L	
ujo (L/min)		THE STATE	Horas	CANAL P	EP	es 🌁	MUG	VQ.	EPS	3-11-	Nive	I IBC		
DATOS FIRMANTE "A	A RUEGO"				TOTAL TITLE		1. 24	We N						Mary Long
rsona que Firma Contra		e	A Ruego'	' El numer	al III debe s	er diligenc	iado únic	cament	e si la fir	ma es "/	A Ruego"			
ombre	CAMBINETIES.				Maralia	ALEMA	Docum	ento lo	dentidad	4		SLACT .	12-12	Assistantia
rección	CREME		amiga.	in Fer	"吃了我	TRACTO	100	Jan.	Te	eléfono	F-1/2-	file of the contract of	The North	
udad - 1	CHARLES HAR	TO THE I	i inchi	The state of the	De	partament	to	٠,٠			No.	2 145	17102	
arentesco	Padre / Mad	dre 🛐 H	lijo(a)	Herman	o(a) Sol	brino(a) [∭ Tío(a) 🏻 O	tro	W. John	a com	a it wilds	- 116	i leturia.
REFERENCIAS PERS				15:17.70					W0535		7-9-5V			
B		· lla.	10 F. W	Direcc	ción (ch =	1 #	9 -	48	ok	cate.	Sing US	71.04	-UNREAD
eléfono	MILLION TOTAL	(2+00+) (30		Celular		4439			Parentes	1		nance	100011	
and the second of the second o	CONTRACTOR OF THE PARTY AND	Arm L		mpresa		(10)	5 55	100	Tel.	Empresa		we - make	1.17.20	iller bra
Nombre One	ALL TO THE LANGE OF	e y till tiggerig Ten, och soda		Direct	ción C	11 7	SAF	61	- 11	UNITED S				
LIAQUIDIS I OWG						- 11 - 1	J. L. L	$\overline{}$		470		10-	1. Fig. 1.	
	er esp	<u> </u>					97.	TIER.	Parentes	co	onac	A CONTRACTOR	STATE OF THE PARTY	
eléfono (Caracian)	ar esp	<u>e</u>) <u> </u>		Celular mpresa	3115	1993	and the China			Empresa	المرادة	land deviden	0) Paul 2017 P	
eléfono mpresa			Dir. E	Celular mpresa	3115	1993	and the China			10.20		And Angulery	agency or re	
eléfono mpresa INVENTARIO EQUIPO EQUIPO			Dir. E	Celular mpresa	3115	1993	and the China			10.20	а	BSERVACIO	ONES	
eléfono mpresa INVENTARIO EQUIPOS EQUIPO	S E INSUMOS EI	NTREGA	Dir. E	Celular mpresa	3115 VL. cc	IN 93	NT EST	ADO	Tel.	10.20	а		ONES	
eléfono mpresa INVENTARIO EQUIPO EQUIPO Concentrador Ma	S E INSUMOS EI	NTREGA	Dir. E	Celular mpresa stado)	3115	IN 93	NT EST		Tel.	10.20	а		ONES	
eléfono mpresa INVENTARIO EQUIPO EQUIPO Concentrador Ma	S E INSUMOS EI	NTREGA CODIG	Dir. E	Celular mpresa stado)	3115 VL. cc	CIAL CAI	NT EST	ADO	Tel.	10.20	а		ONES	
INVENTARIO EQUIPO EQUIPO Concentrador Ma Mc illindro de Respaldo	SEINSUMOS EI	NTREGA	Dir. E	Celular mpresa stado)	VL. cc	CIAL CAI	NT EST	ADO M	Tel.	10.20	а		ONES	
INVENTARIO EQUIPO EQUIPO Concentrador Ma Mc illindro de Respaldo	SEINSUMOS EI	NTREGA CODIG 20 L	Dir. E	Celular mpresa stado)	VL. CC VL. CC 4 (SM 1 (SM 0,15 (SI 0,35 (SI	LV) A MLV) 4 MLV) 4	NT EST	ADO MM MM MM MM	Tel.	10.20	а		ONES	
EQUIPO Concentrador Ma illindro de Respaldo egulador de Cilindro Cilindro Portátil	SEINSUMOS EI	NTREGA CODIG 20 L	Dir. E	celular mpresa stado)	VL. CC VL. CC 4 (SM 1 (SM 0,15 (SI 0,35 (SI 0,18 (SI	LV) A MLV) MLV)	NT EST	ADO MM MM MM	Tel.	10.20	OE VAL	SERVACI	Trap	Charles Control
EQUIPO Concentrador Macilindro de Respaldo egulador de Cilindro Cilindro Portátil	SEINSUMOS EI	CODIG C CODIG CODIG CODIG CODIG CODIG CODIG CODIG CODIG CODIG CODIG CODI	Dir. E	Celular mpresa stado)	311 S VL. CC 31 4 (SM 1 (SM 0.15 (SI 0.35 (SI 0.18 (SI VL. CC	LV) A MLV) MLV) CIAL CA	NT EST	ADO MM MM MM	Tel.	10.20	OE VAL		Trap	
EQUIPO Concentrador Macilindro de Respaldo egulador de Cilindro Cilindro Portátil	SEINSUMOS EI	CODIG C CODIG CODIG CODIG CODIG CODIG CODIG CODIG CODIG CODIG CODIG CODI	Dir. E	celular mpresa stado)	VL. CC VL. CC 4 (SM 1 (SM 0,15 (SI 0,35 (SI 0,18 (SI	LV) A MLV) MLV) CIAL CA MLV) CIAL CA MLV)	NT EST	ADO M M M M M M M M M M M M M M M M M M M	Tel.	10.20	OE VAL	SERVACI	Trap	
INVENTARIO EQUIPO EQUIPO Concentrador Ma Mc illindro de Respaldo egulador de Cilindro Cilindro Portátil Regulador C Portátil	SEINSUMOS ER A F S O Carca odelo A P 2 B A P - 2	CODIG CODIG	Dir. E ADOS (E C COM COM COM COM COM COM COM	Celular mpresa stado) Stado) PONENTE	1 (SM 1 (SM 0,15 (SI 0,35 (SI 0,18 (SI VL. CC 0,71 (SI 0,01 (SI 0,01 (SI 0,35 (SI	LV) LV) MLV) MLV) MLV) MLV) MLV) MLV) MLV) MLV)	NT EST	ADO M M M M M M M M M M M M M M M M M M M	Tel.	10.20	OE VAL	SERVACI	Trap	
EQUIPO Concentrador Ma Mc Cilindro de Respaldo egulador de Cilindro Cilindro Portátil Regulador C Portátil	SEINSUMOS ER A F S O Carca odelo A P 2 B A P - 2	NTREGA CODIG 20 L 3 L Pa FI FI OR In	Dir. E ADOS (E COM anel Ultros ujómetr uterrupto	Celular mpresa stado)	7 VL. CC 1 (SM 0,15 (SI 0,35 (SI 0,18 (SI 0,71 (S 0,01 (S 0,01 (S 0,02 (S	LV) LV) MLV) MLV) MLV) MLV) MLV) MLV) MLV) MLV) MLV)	NT EST	M M M M M M M M M M M M M M M M M M M	Tel.	10.20	OE VAL	SERVACI	Trap	
Eléfono INVENTARIO EQUIPO EQUIPO Concentrador Ma Mc Cilindro de Respaldo egulador de Cilindro Cilindro Portátil Regulador C Portátil	SEINSUMOS ER A F S O Carca odelo A P 2 B A P - 2	NTREGA CODIG 20 L 3 L Pa FI FI In Ca	Dir. E ADOS (E C COM COM COM COM COM COM COM	Celular mpresa stado) Stado) PONENTE	1 (SM 1 (SM 0,15 (SI 0,35 (SI 0,18 (SI VL. CC 0,71 (SI 0,01 (SI 0,01 (SI 0,35 (SI	LV) LV) MLV) MLV) MLV) MLV) MLV) MLV) MLV) MLV) MLV) MLV)	NT EST	M M M M M M M M M M M M M M M M M M M	Tel.	10.20	OE VAL	SERVACI	Trap	
EQUIPO Concentrador Cilindro de Respaldo egulador de Cilindro Portátil Regulador C Portátil	SEINSUMOS ER A F S O Carca odelo A P 2 B A P - 2	NTREGA CODIG 20 L 3 L Pa FI In Ca R	Dir. E ADOS (E COM anel litros ujómetr able	Celular mpresa stado) Stado) PONENTE	7 VL. CC 1 (SM 0,15 (SI 0,35 (SI 0,18 (SI 0,71 (S 0,01 (S 0,01 (S 0,02 (S 0,01 (S	LV) LV) MLV) MLV) MLV) MLV) MLV) MLV) MLV) MLV) MLV) MLV)	NT EST	M M M M M M M M M M M M M M M M M M M	Tel.	10.20	OE VAL	SERVACI	Trap	



Nº (
OX-	DC	01	62	86

DECLARACION DE CAPACITACION

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

Código:	GOL-SED-FR-03					
Fecha:	Agosto 04 de 2017					
Versión:	2					
Pánina t da 2						

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO									
Ciudad Bogo	Fecha	29 03 22	Hora	3:07					
Nombre del Paciente	Jorge Pinilla.	The state of the s	Documento Identidad	79163829					
Nombre Responsable Paciente	the second of th	And the operation of the control of	Documento Identidad						
Nombre Funcionario	Awred Gome	23	Documento Identidad	1.031-153640					

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 SOBRE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

La recarga de cilindro portátil deberá efectuaria 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 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:

 	 ATENCIÓN AL USUARIO

Seccional	Teléfono	Horario de	Emergencias	
11 A 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	releiono	Lunes a Viernes	Sábado	24 horas
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.
 - Quando la Autorización de servicios expedida por la EPS corresponde a un Cilindro Portátil Permanente debe tener en cuenta:

iene derecho a 4 recargas al mes

- A partir de la Sta. 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 debera unicarse a la LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO (Continúa Página 2)

DECLA	RACION DE CAPA	CHACIO							Acres de la constante de la co	
Yo	10198	Pini	a			The American				
	491638	29.	1	 que soy atei	ndido nor	OXIPRO	5 4 5 6	con cédula de con la autorizaci		
and the same of		0.0		que soy ater	ilaido poi	CAIRIO	J.M.J, C	Lon la autorizaci	on de la	EPS

MURUA EPS. o en mi calidad de acudiente Yo con cédula de ciudadanía Nº

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

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 reglamentanos, 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 aqui 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 diagnosticos, gestión de órdenes médicas y medicamentos, Encuestas de Opinión, atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadisticas internas, Remisión de información a los titulares. Servicios de arrendagiliento de equipos, Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales, Envio de comunicaciones, Control de Inventarios, Gestión de ente (gestión reurs), procesamientos activativos, cumparatento y incumplimiento de conjunctorias into actos, gestión de comunicaciones, Control de Inventarios, Gestión de rente declaros personales, Envío de comunicaciones, Control de Inventarios, Gestión de ente declaro que la información y dates personales que hedispuesto para el tratamiento por parte de OXIPROS. A S la he suministrado de forma voluntaria y es veridica.

FIRMAS DE LA DEGLARACION			
Firma Paciente:	Firma Responsable del Paciente:	Firma Funcion	CHI-
79163823			V