

Nº
OX-CC 018715

CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES
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

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

Nombre Comodante: OXIPRO S.A.S "OXIPRO" Juan Andrade Fecha: 05 / 09 / 2022

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)

Nombre Comodatario: Juan Andrade Documento Identidad: 10529142
Dirección Comodatario: Cll 45b 3 45 Tel Comod: 3008594157
Dirección Ubicación Equipo: Cll 45b 3 45 Tel Ubicac:
Descripción Ubicación Equipos: Paciente Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro
Ciudad: Soacha Departamento: Cundinamarca
Flujo (L/min): 2 Horas: 24 EPS: Seruisalud 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: Alexander Andrade Documento Identidad: 1024558576
Dirección: Cll 45b 3 45 Teléfono: 3708522141
Ciudad: Soacha Departamento: Cundinamarca
Parentesco: Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1 Nombre: Eloisa Perilla Dirección: Cll 45b 3 45
Teléfono: 3208522141 Celular: Parentesco: Esposa
Empresa: Dir. Empresa: Tel. Empresa:

2 Nombre: Juan David Andrade Dirección: Cll 45b 3 45
Teléfono: 311 209445 Celular: Parentesco: Hijo
Empresa: Dir. Empresa: Tel. Empresa:

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	NN-1006B	4 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	CP 1424.
Cilindro de Respaldo	192789023	1 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador de Cilindro	200403945	0,15 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cilindro Portátil	4FA08012	0,35 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador C Portátil	210401163	0,18 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	

COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Panel	0,71 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Filtros	0,01 (SMLV)	3	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cable	0,01 (SMLV)	1	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ruedas	0,04 (SMLV)	4	M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cabina	-	1	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, 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 Gómez
Nombre Comodante (Representante): Andrés Gómez
Documento Identidad (Representante): 1091153690

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 firmará el presente contrato: Paciente "A Ruego"

Firma del Comodatario: Alexander Andrade
Nombre de el Comodatario: Alexander Andrade
Documento Identidad del Comodatario: 7024558576

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

Código: GOL-SED-FR-10

Fecha: Agosto 04 de 2017

Versión: 2

Página 2 de 2

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

LINEAS DE ATENCIÓN AL USUARIO

Seccional	Teléfono	Horario de atención		Emergencias 24 horas
		Lunes a Viernes	Sábado	
Bogotá	4320520	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm	4320520
Eje Cafetero	3302770-3401511	8:00 am a 6:00 pm	8:00 am a 12:00 m	314 7912353

Cancelación Cuota Moderadora

- Recuerde que usted podrá tener acceso a nuestros servicios realizando el pago mensual de la cuota moderadora.
- Recuerde tener a mano su soporte de pago de cuota moderadora, en el momento de recibir algún tipo de servicio por parte de nuestra compañía de lo contrario solicite el respectivo recibo de pago al momento de requerir el servicio en el Call Center.
- Reclame siempre su recibo como soporte de cualquier pago o servicio realizado a su nombre.

Opciones de Pago

- Consignación Banco de Bogotá, Cuenta de Corriente: 291183275 – Con el numero de documento del paciente como referencia en la consignación
- Pago en Sede de atención al usuario

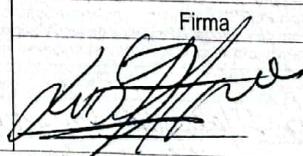
Concentrador, Cilindro de Respaldo y Recarga

- El concentrador es la fuente principal de suministro de oxígeno por lo cual es de vital importancia para el bienestar del paciente el buen funcionamiento de este equipo. El paciente debe cuidar los equipos teniendo en cuenta esta consideración. Es importante mantener el humidificador (vaso de agua) en el nivel indicado y realizarle limpiezas periódicas. Además se recomienda utilizar agua cristal manteniendo el humidificador en unas condiciones de limpieza e higiene ideal.
- El Cilindro de Respaldo debe ser usado ÚNICAMENTE, para casos de emergencia, recuerde no gastarlo innecesariamente, de el puede depender su vida.
- El Cilindro de Respaldo debe ser usado en caso que exista suspensión del suministro del fluido eléctrico o en casos en que el concentrador de oxígeno presente alguna falla en cuyo caso debe llamarse de inmediato a nuestra línea de Atención al usuario para informar el daño

Prestación del Servicio

- Si tiene alguna duda, inquietud, sugerencia o reclamo acerca de nuestro servicio, por favor comunicarse a la Línea de Atención al usuario y/o escribir al correo electrónico: atencionalcliente@oxigenoensucasa.com
- Los funcionarios de Oxipro S.A.S, deben presentarse debidamente identificados, con carné y uniforme, al momento de realizar una visita; si tiene dudas o sospechas sobre el personal que atiende su servicio, por favor comunicarse inmediatamente a la Línea de Atención al usuario

AVISO: Siempre ajustar los equipos al consumo recetado por su médico.
 No hacerlo puede representar riesgos para su salud.

<input checked="" type="checkbox"/> SI		PACIENTE O ACUDIENTE PRESENTA ORDEN MEDICA		<input type="checkbox"/> NO
L/m	No. Orden Medica	Yo declaro (Paciente o Acudiente):	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer el consumo recetado por el medico • Saber regular los equipos de Oxigeno al consumo recetado • Que ajustaré los equipos al consumo recetado en la Orden Médica. 	Firma 
Horas	Fecha OM			

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	Juan Andrade.	Documento	10529142	Dirección	Cl 45b 3 45 Soacha Fecha 5/9/17
Entidad	Servisalud	Teléfono	3008594157	Consumo	2 Litros
Solicitante	Alexander Andrade.	Parentesco	Hijo	Teléfono	310852141

ORDEN DE SERVICIO		
Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación
130495632	Servicio Técnico	

REVISIÓN TÉCNICA						
Presión O2	6.6	Flujo		Concentración	96.4	Filtro de aire
						<input type="checkbox"/> Cambio <input checked="" type="checkbox"/> Limpieza
						Hora Con/trador 29397
						Código

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO											
Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos					
CONCENTRADOR						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"/>	<input type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO
REGULADOR 870	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 Reusa el Concentrador y esta dentro de los parametros Normales. Se hace Reho al momento con de el manejo de los equipos			Hora Servicio 7:54
Funcionario Entrega: <u>Andres Gomez</u>	Documento: <u>103183640</u>			

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"/> CÁNULA <input type="checkbox"/> TRAMPA DE AGUA <input type="checkbox"/>

PAGOS	CALIDAD DEL SERVICIO								
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:	CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)								
<table border="1"> <tr> <th>Cuota Moderadora</th> <th>Daño Equipo</th> <th>Otros Pagos</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <td>\$ /</td> <td>\$ /</td> <td>\$ /</td> <td>\$ /</td> </tr> </table>	Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	\$ /	\$ /	\$ /	\$ /	EXCELENTE BUENO REGULAR MALO MUY MALO <u>Excelente.</u>
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total						
\$ /	\$ /	\$ /	\$ /						

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>Lvda Alexander Andrade perilla</u>		
Documento	<u>7074558576</u>	Parentesco:	<u>hijo</u>
Teléfono	<u>3008594157</u>	Cel:	<u>3008594157</u>
Dirección Actual	<u>calle 45b N° 3-45.</u>		
	Firma	Huella	
	<u>"Alexander"</u>		