

N°
OX-OV 21314

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: **MARIA NOVOA** Documento: **20315282** Dirección: **CR 17A # 135-44** Fecha: **20/09/22**
Entidad: **FAMISANA** Teléfono: **3124660621** Consumo: **2.00** Autorización: **24h**
Solicitante: **MERY LADINO** Parentesco: **HIJA** Teléfono: **3124660621**

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden: **130499067** Tipo de Servicio: **Entrega Inicial** Observación: **Concentrador Portatil y Concentrador LBA con respaldo**

REVISIÓN TÉCNICA

Presión O2: Flujo: Concentración: Filtro de aire: Cambio: Limpieza: Hora Con/trador: Código:

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

| Códigos Equipos Entregados | | | | | | Códigos Equipos Recogidos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|---|---|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| CONCENTRADOR | 7 | F | J | E | 2 | 0 | 1 | 8 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 5 | CONCENTRADOR | | | | | | | | | | | | | | |
| C. RESPALDO | 0 | 7 | 1 | 8 | 0 | 0 | 4 | 4 | 7 | 9 | | | | | C. RESPALDO | | | | | | | | | | | | | | |
| REGULADOR 540 | 2 | 1 | 0 | 4 | 0 | 4 | 4 | 7 | 9 | | | | | REGULADOR 540 | | | | | | | | | | | | | | | |
| C. PORTATIL | C | B | B | 0 | 2 | 1 | 8 | 5 | 1 | 0 | 1 | 1 | 5 | C. PORTATIL | | | | | | | | | | | | | | | |
| REGULADOR 870 | | | | | | | | | | | | | | REGULADOR 870 | | | | | | | | | | | | | | | |
| CARRITO P. | | | | | | | | | | | | | | CARRITO P. | | | | | | | | | | | | | | | |

EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO

CONCENTRADOR SI NO C. RESPALDO SI NO C. PORTATIL SI NO REGULADOR 540 SI NO REGULADOR 870 SI NO CARRITO SI 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 ENTREGAN LOS EQUIPOS PROBADOS Y REUSADOS EN PERFECTAS CONDICIONES SE ENTREGA CÁNULA Y HUMIDIFICADOR EN BUEN ESTADO. CONCENTRADOR PORTATIL.** Hora Servicio: **8:50**

Funcionario Entrega: **ANDRÉS LOPEZ** Documento: **874**

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

RECOGIDA DE EQUIPOS

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.

CONSUMIBLES RECIBIDOS

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)

HUMIDIFICADOR SI
CÁNULA SI
TRAMPA DE AGUA NO

PAGOS

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

| Cuota Moderadora | Daño Equipo | Otros Pagos | Total |
|------------------|-------------|-------------|----------|
| \$59.594 | \$ — | \$ — | \$59.594 |

CALIDAD DEL SERVICIO

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO
MUY MALO
EXCELENTE

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@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: **Mery Ladino**
Documento: **39649015** Parentesco: **Hija**
Teléfono: **300900261** Cel:
Dirección Actual: **Cra 17a 11° 135-44**

Firma

Mery Ladino

Huella



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

ALICIA

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 UNICAMENTE, 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 type="checkbox"/> SI | | PACIENTE O ACUDIENTE PRESENTA ORDEN MEDICA | | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| L/m | No. Orden Medica | Yo declaro (Paciente o Acudiente): • Conocer el consumo recetado por el medico • Saber regular los equipos de Oxígeno al consumo recetado • Que ajustaré los equipos al consumo recetado en la Orden Médica. | Firma <i>Mery Ladino N.</i> | |
| Horas | Fecha OM | | | |

Nº
OX-CC 018579

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" | ANDRES LOPEZ | Fecha | 20 9 2012 |
|------------------|-----------------------|--------------|-------|-----------|

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)

| | | | |
|-------------------------------|--|---------------------|------------|
| Nombre Comodatario | MARIA NOVOA | Documento Identidad | 20315282 |
| Dirección Comodatario | CR 17A # 135-44 | Tel Comod | 3124660621 |
| Dirección Ubicación Equipo | CR 17A # 135-44 | Tel Ubicac | |
| Descripción Ubicación Equipos | <input checked="" type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Otro | | |
| Ciudad | BOGOTÁ | Departamento | CI MARCA |
| Flujo (L/min) | 2.00 | Horas | 24 |
| EPS | FAMISANAR | 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 | Documento Identidad |
| Dirección | Teléfono |
| Ciudad | Departamento |
| Parentesco | <input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Otro |

IV. REFERENCIAS PERSONALES

| | | | |
|---|----------|--------------|-----------------|
| 1 | Nombre | DIRECCIÓN | CE 17A # 135-44 |
| | Teléfono | Celular | 3002380270 |
| | Empresa | Dir. Empresa | Tel. Empresa |
| | | Parentesco | HUJO |
| 2 | Nombre | DIRECCIÓN | |
| | Teléfono | Celular | 3138020690 |
| | Empresa | Dir. Empresa | Tel. Empresa |
| | | Parentesco | HUJO |

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

| EQUIPO | CODIGO | VL. CCIAL | CANT | ESTADO | INI | OBSERVACIONES |
|-----------------------|------------------|-------------|------|---|-------------------------------------|--|
| Concentrador | AFSE201811000154 | 4 (SMLV) | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> M | <input checked="" type="checkbox"/> | CONCENTRADOR PORTATIL. CBB0218510115. |
| Cilindro de Respaldo | 0718004 | 1 (SMLV) | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> M | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Regulador de Cilindro | 210404479 | 0,15 (SMLV) | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> M | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Cilindro Portátil | | 0,35 (SMLV) | | <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> | |
| Regulador C Portátil | | 0,18 (SMLV) | | <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> | |

| INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR | 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) | 1 | <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 checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" 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 protecciondatos@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 PORS), 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 | EL COMODATARIO - PACIENTE y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FISICA DE EL COMODATARIO (Paciente) Y A FAVOR DE ESTE |
|-------------------------------------|---|
| Firma del Comodante (Representante) | Marque con una X la figura que firmará el presente contrato <input checked="" type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> "A Ruego" |
| Nombre Comodante (Representante) | Firma del Comodatario |
| Documento Identidad (Representante) | Nombre de el Comodatario |
| | Documento Identidad del Comodatario |

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 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 que 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 sólo 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) ó 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 _____

Teléfono: _____

CLAUSULA DECIMATERCERA: 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

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

Código: GOL-SED-FR-03

Fecha: Septiembre 08 de 2017

Versión: 2

Página 2 de 2

- Si requiere realizar un traslado de domicilio dentro de la cobertura habilitada por OXIPRO S.A.S. debe comunicarse a la LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO. BOGOTÁ: 4320520, EJE CAFETERO: 3302770 - 3401511 - 3147912353 Si el traslado es a otro departamento donde OXIPRO S.A.S. no tiene cobertura geográfica se debe realizar la solicitud de cambio de proveedor a la EPS y realizar la devolución de equipos a OXIPRO S.A.S. comunicándose a la LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO.
- Si tiene alguna consulta, inquietud, queja, reclamo y/o sugerencia por favor comunicarse a la LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO para atender su solicitud.

B. RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD

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

Generales:

- 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.).
- Todos los depósitos de oxígeno deben estar en lugares aireados. Se recomienda airear de forma habitual la habitación donde se encuentre el equipo.
- Los equipos deben estar siempre en posición vertical y los de gran tamaño no deben ser transportados en vehículos. No deben cubrirse con mantas ni deben colocarse objetos sobre ellos.
- Se recomienda no utilizar cremas de mano ni faciales, 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 sustituirlas por unas nuevas cuando se requiera.

Cilindro

- El Cilindro de respaldo no debe ser movido del lugar donde el personal de OXIPRO S.A.S. lo ha dejado instalado. El personal de OXIPRO S.A.S. es el único autorizado para trasladar el equipo de lugar.
- La válvula del regulador debe permanecer cerrada, mientras el cilindro no esta siendo usado. El regulador debe apuntar hacia una pared y no hacia una Persona.
- Mantener el cilindro en área ventilada, no debe recibir directamente la luz del sol ni permanecer en lugares de alto calor.

Concentrador

- No intente desarmar el concentrador.
- No colocar comidas ni bebidas sobre el concentrador.
- No obstruir entradas de aire, que impidan la ventilación del concentrador.
- Lave y vuelva a llenar el humidificador, con agua destilada o purificada periódicamente hasta el nivel mínimo indicado.
- Revise periódicamente, purgue su cánula y trampa de agua si ve en esta agua condensada y acumulada.
- Para un rendimiento óptimo, no se debe abrir ni apagar el concentrador con frecuencia, ni reiniciar después de 3 a 5 minutos.

C. LIMPIEZA DE CONCENTRADORES

- Apague el equipo cuando no lo esté utilizando.
- Si tiene humidificador, límpielo diariamente. La limpieza del humidificador es esencial. El humidificador debe ser retirado y lavado con agua tibia y con jabón lava vajilla. Enjuague bien y remójelo en una solución que contenga 250 ml de vinagre blanco y 750 ml de agua caliente durante 30 minutos. Lavar bien y dejarlo secar.
- Limpie el concentrador una vez a la semana con un paño limpio y un desinfectante suave.
- Revise y limpie los filtros por lo menos una vez a la semana. Limpie con agua tibia y jabón suave, enjuague, escurra y deje secar, una vez seco, colóquelo nuevamente.
- La pieza para la entrega de oxígeno debe mantenerse limpia cuando no se esté usando. Se debe guardar en una bolsa plástica desechable.



**CONTRATO DE COMODATO
CONCENTRADOR PORTÁTIL**

FORMATO
GOL-SED-FR-06
Versión: 1 **Actualización:**
 07/07/2017
Página 1 de 2

I. COMODANTE – OXIPRO S.A.S. (Representado por)
 Nombre comodante OXIPRO S.A.S. **ANDRÉS LOPEZ** Fecha **20** **09** **2017**

II. DATOS COMODATARIO (Paciente)

| | | | | |
|-------------------------------|------------------------|-------------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| Nombre comodatario | MARIA NOVOA | | Documento Identidad | 20315282 |
| Dirección comodatario | CR 17A # 135-44 | | Teléfono comodatario | 3124660621 |
| Dirección ubicación equipo | CL 17A # 135-44 | | Teléfono ubicación | 3124660621 |
| Descripción ubicación equipos | Paciente | <input checked="" type="checkbox"/> | Padre/Madre | <input type="checkbox"/> |
| | Sobrino (a) | <input type="checkbox"/> | Tío(a) | <input type="checkbox"/> |
| | Hijo(a) | <input type="checkbox"/> | Otro | <input type="checkbox"/> |
| | | | Hermano (a) | <input type="checkbox"/> |
| | | | ¿Cuál? | |
| Ciudad | Bogotá | | Departamento | CIMBOICO |
| Flujo (l/min) | 200 | Horas | 24 | EPS FAMISANAR Nivel IBC |

III. DATOS FIRMANTE (A ruego)

| | | | | | | | | |
|----------------------------|-------------|--------------------------|------------|-------------------------------------|---|------|--------|--|
| Persona que firma contrato | Paciente | <input type="checkbox"/> | A ruego | <input checked="" type="checkbox"/> | *Diligencia únicamente si la firma es 'A Ruego' | | | |
| Nombre | | | | Documento Identidad | | | | |
| Dirección | | | | Teléfono | | | | |
| Ciudad | | | | Departamento | | | | |
| Parentesco | Padre/Madre | Hijo(a) | Hermano(a) | Sobrino(a) | Tío(a) | Otro | ¿Cuál? | |

IV. REFERENCIAS PERSONALES

| | | | | | | |
|---|----------|----------------------|--------------|-------------------|--------------|-------------|
| 1 | Nombre | Jose ladino | Dirección | | | |
| | Teléfono | | Celular | 3002380270 | Parentesco | hijo |
| | Empresa | | Dir. Empresa | | Tel. Empresa | |
| 2 | Nombre | Erardo ladino | Dirección | | | |
| | Teléfono | | Celular | 3138026690 | Parentesco | hijo |
| | Empresa | | Dir. Empresa | | Tel. Empresa | |

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

| Equipo | Código | Valor CCIAL | Estado | Observaciones |
|---|--|---------------|--|---------------|
| Concentrador portátil | CB50218510115 | 12,15 (SMLV) | <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M | |
| | Marca AIRSEP | | | |
| | Modelo FreeStyle 5 Ref. AS095-101 | | | |
| Batería | | 0,96 (SMLV) | <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M | |
| Fuente de alimentación universal CA/CC | | 0,90 (SMLV) | <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M | |
| Cable de alimentación de CA | | 0,15 (SMLV) | <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M | |
| Cable de alimentación de CC | | 0,03 (SMLV) | <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M | |
| Bolsa de transporte concentrador + correa para el hombro | | 0,11 (SMLV) | <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M | |
| Bolsa de transporte de accesorios + correa para el hombro | | 0,6 (SMLV) | <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M | |
| Filtro | | 0,01 (SMLV) | <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M | |
| INSUMO | | Cánula | | |

| | |
|---|---|
| <p>EL COMODANTE – OXIPRO S.A.S.</p> <p>Firma: <u>Andrés López</u> Nombre: <u>Andrés López</u> Documento: <u>1012360002</u></p> | <p>EL COMODATARIO (Paciente) y/o FIRMA 'A RUEGO' POR INCAPACIDAD FISICA DEL COMODATARIO Y A FAVOR DE ESTE</p> <p>Marque con una x la figura que firmará el presente contrato: <input type="checkbox"/> Paciente <input checked="" type="checkbox"/> A ruego</p> <p>Firma: <u>Mery ladino</u> Nombre: <u>Mery ladino</u> Documento: <u>39699014 Bhu</u></p> |
|---|---|



**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 CL 127A 135-44 Teléfono: 3004004261

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 Bogotá Departamento de Cundinamarca, el día 20 del mes Septiembre año 2011.



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: Mery Ladino
Documento: 39699015 Parentesco: Hija.
Teléfono: 3001004261 Cel: _____
Dirección: Cra 17ª N° 135-94.
EPS: Famisanar
Cotizante _____ Beneficiario EPS-S _____

Firma

Huella

Mery Ladino.





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: Hery Ladino.

Firma

Huella

Documento: 39699015 Parentesco: Hija.

Hery Ladino.

Teléfono: 3009004261 Cel: _____

Dirección: Cra 17ª No 135-44.

EPS: Famisanar.

Cotizante _____ Beneficiario EPS-S _____

