

Nº
OX-CC 018802

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

GA-SED-FR-02
Fecha: Agosto 04 de 2017
Version: 2
Página 1 de 2

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

Nombre Comodante: OXIPRO S.A.S "OXIPRO" Fecha: 13 01 2023

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)

Nombre Comodatario: **Ana Rosa lozano** Documento Identidad: **28983849**
Dirección Comodatario: **Mz 2 casa 7 Barrio betonia Santa R.** Tel Comod: _____
Dirección Ubicación Equipo: _____ Tel Ubicac: _____
Descripción Ubicación Equipos: Paciente Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro _____
Ciudad: **Santa Rosa** Departamento: **Risaralda**
Flujo (L/min): **2L5 - 12hr** Horas: **12** 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: **Natalia Andrea Osorio lozano** Documento Identidad: **1093215656**
Dirección: **Mz 2 casa 7 Betonia Santa Rosa** Teléfono: **3203848596**
Ciudad: **Santa Rosa** Departamento: **Risaralda**
Parentesco: Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro _____

IV. REFERENCIAS PERSONALES

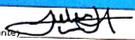
1 Nombre: **Lorena Alejandra O.** Dirección: **Rincon de la pradera Mz 2 G33 DAS.**
Teléfono: _____ Celular: **3217751479** Parentesco: **Hija**
Empresa: _____ Dir. Empresa: _____ Tel. Empresa: _____
2 Nombre: **John Alejandro Campo** Dirección: **Carrera 11 #31-23 Santa Rosa**
Teléfono: _____ Celular: **3502967296** Parentesco: **Yerno**
Empresa: _____ Dir. Empresa: _____ Tel. Empresa: _____

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

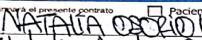
EQUIPO	CODIGO	VL CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES		
Concentrador	N N - 3 1 5 5 8		4 (SMLV)	I B M	<input type="checkbox"/>			
Cilindro de Respaldo			1 (SMLV)	B M	<input type="checkbox"/>			
Regulador de Cilindro			0,15 (SMLV)	B M	<input type="checkbox"/>			
Cilindro Portátil	A 5 1 9 4 6 9 8 2		0,35 (SMLV)	I B M	<input type="checkbox"/>			
Regulador C Portátil	R 2 0 2 1 6 9 0 4 8 3		0,18 (SMLV)	I B M	<input type="checkbox"/>			
INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR	COMPONENTE	VL CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES		
	Panel	0,71 (SMLV)	1	B M	<input type="checkbox"/>			
	Filtros	0,01 (SMLV)	3	B M	<input type="checkbox"/>			
	Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	B M	<input type="checkbox"/>			
	Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	B M	<input type="checkbox"/>			
	Cable	0,01 (SMLV)	1	B M	<input type="checkbox"/>			
	Ruedas	0,04 (SMLV)	4	B M	<input type="checkbox"/>			
	Cabina	-	1	B M	<input type="checkbox"/>			
INSUMO	Humidificador	<input checked="" type="checkbox"/>	Cánula	<input checked="" type="checkbox"/>	Carrito	<input checked="" type="checkbox"/>	Trampa de Agua	<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 protecciondatos@oxiprosas.com en calidad de RESPONSABLE, 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 (gestión) (PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas médicas y medicamentos, Encuestas de Opinión, atención al cliente 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 le he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S le he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S

Firma del Comodante (Representante): 
Nombre Comodante (Representante): **John Valencia**
Documento Identidad (Representante): **1088029268**

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 firma el presente contrato Paciente "A Ruego"
Firma del Comodatario: 
Nombre de el Comodatario: **Natalia Andrea Osorio**
Documento Identidad del Comodatario: **1093215656**

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN					
Paciente	Ana Beatriz Lozano	Documento	23.983849	Dirección	MZ 2 CS 7 Betuní
Entidad	Nueva EPS	Teléfono	6063659962	Consumo	2 Lit - 12h
Solicitante	Natalia Osorio	Parentesco	Hija	Teléfono	3203848596
				Fecha	13/01/2017

ORDEN DE SERVICIO			Observación
Nro. Orden	130523966 130523967	Tipo de Servicio	Entrega Concentrador Portatil Permanente.

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO											
Códigos Equipos Entregados						Códigos Equipos Recogidos					
CONCENTRADOR	C. RESPALDO	REGULADOR 540	C. PORTATIL	REGULADOR 870	CARRITO P.	CONCENTRADOR	C. RESPALDO	REGULADOR 540	C. PORTATIL	REGULADOR 870	CARRITO P.
W	W	1	5	5	B						
A	5	1	9	4	6	9	8	2	1	8	3
C	1	0	2	8	7						

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		Carrilo Portatil	\$20.000	
Base Concentrador	\$80.000		Fliujómetro	\$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 equipos en buenas condiciones cancelan copago 13-01-2017
Hora Servicio: 14:05

Funcionario Entrega: Julian Valencia Documento: 1088039268

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 VOLUNTARIA	Fallecimiento del Paciente.	ORDEN MÉDICA	Devolución Voluntaria.	HUMIDIFICADOR	<input checked="" type="checkbox"/>	CÁNULA	<input checked="" type="checkbox"/>
CAMBIO AFILIACIÓN	Por Orden Médica.		Cambio de Proveedor.	TRAMPA DE AGUA	<input type="checkbox"/>		
	Estado Afiliación EPS.						

PAGOS				CALIDAD DEL SERVICIO	
HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:				CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)	
Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total	EXCELENTE	5
\$ 3700	\$ -	\$ -	\$ 3700	BUENO	
				REGULAR	
				MALO	
				MUY MALO	

AUTORIZACIÓN HABEAS DATA En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data, regulado por la Ley 1551 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@oxipros.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, suministrarlos, 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 ha sido suministrado de forma voluntaria y es verídica.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO			
Nombre	Natalia Osorio	Firma	Huella
Documento	109320656	Parentesco:	Hija
Teléfono	3203848596	Cel:	
Dirección Actual	MZ 2 CS 7 Betuní Starzon		