

N°
OX-CC 018207

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

Fecha: 15 de Agosto de 2024
Página 1 de 2

I. COMODANTE - OXIPRO S.A.S (Representado por)
Nombre Comodatario: **OXIGENOS S.A.S (OXIPRO)** Sebastian Cardenas | Fecha: 15 | 08 | 2024

II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)
Nombre Comodatario: **Eugenia Hernandez** | Documento Identidad: **200 524 54**
Dirección Comodatario: **Calle 32a # 19-03 sur** | Tel Comod: **316 239 55 11**
Dirección Ubicación Equipo: **Calle 32a # 19-03 sur** | Tel Ubicar: **316 239 55 11**
Descripción Ubicación Equipos: Paciente Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tio(a) Otro
Ciudad: **Bogota** | Departamento: **Cundinamarca**
Flujo (l/min): **2 Litros** | 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: **Kimberli Daniela Ortega Oliveros** | Documento Identidad: **4034283448**
Dirección: **Calle 32a # 19-03 sur** | Teléfono: **322 23506 39**
Ciudad: **Bogota** | Departamento: **Cundinamarca**
Parentesco: Padre / Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tio(a) Otro **Enteñera**

IV. REFERENCIAS PERSONALES

1	Nombre	Luz Dary Ramirez	Dirección	cra 2c # 2-30 su
	Teléfono		Celular	316 239 55 11
	Empresa		Parentesco	Nieta
2	Nombre	Wilson Ramirez	Dirección	Calle 32a # 19-03 sur
	Teléfono		Celular	313 385 81 01
	Empresa		Parentesco	Nieto

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

EQUIPO	CODIGO	VL CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	7021 030 000 144	4 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	CP 31 22
Cilindro de Respaldo	2 4 4 3 4 0 9 3	1 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador de Cilindro	R - 2 2 4 3 6 B	0.15 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cilindro Portátil	B X 6 6 5 6 7 2	0.35 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Regulador C Portátil	2 6 0 9 0 0 6 0 6	0.18 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	

COMPONENTE	VL CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Panel	0,71 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Filtros	0,01 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Flujómetro	0,35 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cable	0,01 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ruedas	0,04 (SMLV)		<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/>	
Cabina	-		<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 proteccion@oxipro.com.co como 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 declaramos 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 Comodatario (Representante): **Sebastian Cardenas**
Nombre Comodatario (Representante): **Sebastian Cardenas**
Documento Identidad (Representante): **SPN 189**

EL COMODATARIO - PACIENTE y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FISICA DEL COMODATARIO (Paciente) Y A FAVOR DE ESTE
Marque con una X la figura que firmará el presente contrato: Paciente "A Ruego"
Firma del Comodatario: **Kimberli Daniela Ortega Oliveros**
Nombre de el Comodatario: **Kimberli Ortega**
Documento Identidad del Comodatario: **4034283448**

Nº
OX-DC 016296

DECLARACION DE CAPACITACION
LINEA DE ATENCION AL USUARIO BOGOTÁ 4320520
LINEA DE ATENCION AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353

Código: OXIPRO-SEDA-EP-005
Fecha: Agosto 04 de 2017
Versión: 2
Página 1 de 2

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO

Ciudad	Bogotá	Fecha	15 01 2024	Hora	9:10 am
Nombre del Paciente	Gregoria Hernandez			Documento Identidad	70052454
Nombre Responsable Paciente	Kimberly Daniela Ortega Oliveros			Documento Identidad	7034285146
Nombre Funcionario	Sebastian Cardenas			Documento Identidad	SPN 1289

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			
sede	Dirección	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 pm
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			
Seccional	Teléfono	Lunes a Viernes	Sábado
Bogotá	6446062	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 7:00 pm
Eje Cafetero	3302770-3401511	8:00 am a 6:00 pm	8:00 am a 12:00 m
			Emergencias 24 horas 6446062
			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 (humificador, 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 Nancy Eps que soy atendido por OXIPRO S.A.S con cédula de ciudadanía N° _____ en mi calidad de acudiente Yo Kimberly Daniela Ortega Oliveros con cédula de ciudadanía N° 7034285146 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.
 - Realizar el procedimiento para el nivel de consumo de Oxígeno Medicinal, formulado por el médico tratante.
 - 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 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 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 autorizada 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 ha sido suministrado de forma voluntaria y es verídica.

FIRMAS DE LA DECLARACION

Firma Paciente:	Firma Responsable del Paciente:	Firma Funcionario:
	Kimberly Ortega	Sebastian Cardenas