CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Medellín, 16 de noviembre del 2023

Referencia: Certificación de Revisor Fiscal

KEILA MONTOYA BELTRÁN, mayor de edad, vecina de Medellín, identificada con cédula de ciudadanía N° 1.152.699.794, expedida en Medellín, Contadora Pública en ejercicio, con Tarjeta Profesional N° 271277-T, expedida por la Junta Central de Contadores, en mi calidad de Revisor Fiscal de la empresa OXISALUD S.A.S identificada con NIT 811.013.645-9, por medio del presente documento,

CERTIFICO QUE

La Compañía ha cumplido por el mes de octubre del año 2023 y los últimos 3 meses con los aportes de sus empleados a los sistemas de Pensión, Salud, Riesgos Profesionales y Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y demás normas complementarias de todos sus empleados.

Esta certificación se expide a solicitud de la Administración y se firma en la ciudad de Medellín a los dieciséis (16) días del mes de noviembre del año 2023.

Atentamente,

KEILA MONTOYA BELTRÁN
CC. 1152699794
Revisor Fiscal
TP 271277-T

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811013645
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OXISALUD SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CL 29 N 65 46	TELÉFONO:	4448456
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Fabricación de productos farmacéuticos, sustancia
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	02 - TRINIDAD
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7895639232**			TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2023
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/09/12			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	156236189

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	19	$ 6.370.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.370.300	$ 0	$ 6.370.300
230201	230201- PROTECCION	13	$ 6.039.200	$ 5.413.000	$ 0	$ 77.500	$ 77.500	$ 0	$ 0	$ 11.607.200	$ 0	$ 11.607.200
231001	231001-COLFONDOS	3	$ 1.046.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.046.000	$ 0	$ 1.046.000
25-14	25-14 COLPENSIONES	6	$ 7.297.200	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 435.000	$ 0	$ 0	$ 7.877.200	$ 0	$ 7.877.200
SUBTOTALES:										**$ 26.900.700**	**$ 0**	**$ 26.900.700**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	35		$ 0		$ 0		$ 0	$ 9.063.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.063.700	$ 0	$ 0	$ 9.063.700
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 160.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.700	$ 0	$ 0	$ 160.700
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 319.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 319.300	$ 0	$ 0	$ 319.300
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 72.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 72.600	$ 0	$ 0	$ 72.600
EPS040	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 172.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 172.000	$ 0	$ 0	$ 172.000
SUBTOTALES:													**$ 9.933.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.933.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	43		$ 0	$ 0		$ 0	$ 3.222.500	$ 3.222.500	$ 0	$ 0	$ 3.222.500
SUBTOTALES:									**$ 3.222.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 3.222.500**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	42	$ 6.566.500	$ 0	$ 6.566.500
SUBTOTALES:			**$ 6.566.500**	**$ 0**	**$ 6.566.500**

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	2	$ 1.893.000	$ 0	$ 1.893.000
PASENA	PASENA - SENA	2	$ 1.262.000	$ 0	$ 1.262.000
SUBTOTALES:			**$ 3.155.000**	**$ 0**	**$ 3.155.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP																		
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																													SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																									ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1000088129	BOCANEGRA SANCHEZ SANTIAGO	APRENDICES ETAPA PRODUCTIVA		$ 1.160.000			NO																			30	$ 1.160.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS040 - SAVIA SALUD	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	000000002	$ 28.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1000294731	PUERTA PRESIGA JULIAN ANDRES	DEPEND		$ 1.229.600	FIJO		SI		18							01-18								230301-PORVENIR	18	$ 1.502.446	$ 240.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 240.400	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	18	$ 1.502.446	$ 60.100	$ 0	$ 60.100	14-11 - ARL SURA	18	$ 1.502.446	000000004	$ 65.400	18	$ 1.502.446	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 60.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1000414398	GONZALEZ ROLDAN MARIA ALEJANDRA	DEPEND		$ 1.160.000	FIJO		SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	000000002	$ 28.300	30	$ 1.160.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1001026023	ALDANA MARTINEZ DAMILER	DEPEND		$ 1.229.600	FIJO		SI									01-30								230301-PORVENIR	30	$ 2.251.344	$ 360.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 360.300	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 2.251.344	$ 90.100	$ 0	$ 90.100	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.251.344	000000004	$ 98.000	30	$ 2.251.344	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 90.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1001477189	TEJADA MARIN JEINER HUMBERTO	DEPEND		$ 1.229.600	FIJO		SI									01-30								230301-PORVENIR	30	$ 2.238.690	$ 358.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 358.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 2.238.690	$ 89.600	$ 0	$ 89.600	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.238.690	000000004	$ 97.400	30	$ 2.238.690	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 89.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 1017194584	RESTREPO SERNA FRAIDER ARLEY	DEPEND		$ 1.241.200	FIJO		SI										01-01							230201-PROTECCION	1	$ 41.374	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 6.700	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	1	$ 41.374	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	1	$ 41.374		$ 0	1	$ 41.374	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 1.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811013645
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OXISALUD SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CL 29 N 65 46	TELÉFONO:	4448456
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Fabricación de productos farmacéuticos, sustancia
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	02 - TRINIDAD
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7895639232**	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/09/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		156236189

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP													
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
7	CC 1017194584	RESTREPO SERNA FRAIDIER ARLEY	DEPEND		$ 1.241.200	FIJO			SI									02-30									230201-PROTECCION	29	$ 2.318.084	$ 370.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 370.900	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	29	$ 2.318.084	$ 92.800	$ 0	$ 92.800	14-11 - ARL SURA	29	$ 2.318.084	000000004	$ 100.900	29	$ 2.318.084	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 92.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 1017205138	GRACIANO AGUDELO LUISA FERNANDA	DEPEND		$ 1.530.100	FIJO			SI									01-30									230301-PORVENIR	30	$ 1.761.242	$ 281.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 281.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.761.242	$ 70.500	$ 0	$ 70.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.761.242	000000002	$ 43.000	30	$ 1.761.242	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 70.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 1017209090	GAVIRIA ZULETA DANILO	DEPEND		$ 1.500.000	FIJO			SI									01-30									230301-PORVENIR	30	$ 1.672.342	$ 267.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 267.600	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.672.342	$ 66.900	$ 0	$ 66.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.672.342	000000002	$ 40.800	30	$ 1.672.342	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 66.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC 1026261750	LUGO GARCIA OLGA JAZMIN	DEPEND		$ 2.750.000	FIJO			SI									01-30									230301-PORVENIR	30	$ 2.977.089	$ 476.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 476.400	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 2.977.089	$ 119.100	$ 0	$ 119.100	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.977.089	000000002	$ 72.600	30	$ 2.977.089	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 119.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 1027999167	CAÑAS LORA EDWWIN	DEPEND		$ 1.241.200	FIJO			SI									02-30									230301-PORVENIR	29	$ 2.559.741	$ 409.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 409.600	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	29	$ 2.559.741	$ 102.400	$ 0	$ 102.400	14-11 - ARL SURA	29	$ 2.559.741	000000004	$ 111.400	29	$ 2.559.741	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 102.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CC 1027999167	CAÑAS LORA EDWWIN	DEPEND		$ 1.241.200	FIJO			SI										01-01								230301-PORVENIR	1	$ 41.374	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 6.700	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	1	$ 41.374	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	1	$ 41.374		$ 0	1	$ 41.374	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 1.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CC 1033377254	PEREZ DIAZ NEIBIS	DEPEND		$ 1.566.257	FIJO			SI													01-30				230201-PROTECCION	30	$ 1.229.600	$ 196.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 196.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.229.600	$ 49.200	$ 0	$ 49.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.229.600	000000002	$ 0	30	$ 1.229.600	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 49.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC 1035432935	VASCO PEREZ JUAN FELIPE	DEPEND		$ 2.300.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.300.000	$ 368.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 368.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.300.000	$ 92.000	$ 0	$ 92.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.300.000	000000002	$ 56.100	30	$ 2.300.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 92.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	CC 1035873208	FORONDA GARCIA DANIELA	DEPEND		$ 1.400.000	FIJO			SI									01-23									230301-PORVENIR	23	$ 1.482.027	$ 237.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 237.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	23	$ 1.482.027	$ 59.300	$ 0	$ 59.300	14-11 - ARL SURA	23	$ 1.482.027	000000002	$ 36.200	23	$ 1.482.027	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 59.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	CC 1035873208	FORONDA GARCIA DANIELA	DEPEND		$ 1.400.000	FIJO			SI														24-30			230301-PORVENIR	7	$ 326.667	$ 52.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 52.300	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	7	$ 326.667	$ 13.100	$ 0	$ 13.100	14-11 - ARL SURA	7	$ 326.667	000000002	$ 0	7	$ 326.667	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 13.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	CC 1036654655	MORENO RUIZ SEBASTIAN	DEPEND		$ 1.350.000	FIJO			SI									01-30									230201-PROTECCION	30	$ 1.526.930	$ 244.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 244.400	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.526.930	$ 61.100	$ 0	$ 61.100	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.526.930	000000002	$ 37.200	30	$ 1.526.930	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 61.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
18	CC 1037620458	TORRES RUIZ JUAN SEBASTIAN	DEPEND		$ 10.000.000	FIJO			SI															X		230201-PROTECCION	30	$ 10.000.000	$ 1.600.000	$ 50.000	$ 50.000	$ 4.583.000	$ 0	Normal	$ 6.283.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 10.000.000	$ 400.000	$ 0	$ 400.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 10.000.000	000000002	$ 243.600	30	$ 10.000.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
19	CC 1038333672	QUIROZ DIANA PATRICIA	DEPEND		$ 2.067.000	FIJO			SI																	231001-COLFONDOS	30	$ 2.067.000	$ 330.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 330.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 2.067.000	$ 82.700	$ 0	$ 82.700	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.067.000	000000002	$ 50.400	30	$ 2.067.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 82.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
20	CC 1039451884	TORRES GABALAN SERGIO LEONARDO	DEPEND		$ 1.813.660	FIJO			SI									01-30									230301-PORVENIR	30	$ 2.440.721	$ 390.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 390.600	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 2.440.721	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.440.721	000000002	$ 59.500	30	$ 2.440.721	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
21	CC 1050945206	ARELLANO ALCALA SHIRLEY ESTER	DEPEND		$ 1.400.000	FIJO			SI												01-03					230201-PROTECCION	3	$ 116.000	$ 18.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 18.600	EPS005-SANITAS S.A.	3	$ 116.000	$ 4.700	$ 0	$ 4.700	14-11 - ARL SURA	3	$ 116.000	000000002	$ 0	3	$ 93.334	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 3.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
22	CC 1050945206	ARELLANO ALCALA SHIRLEY ESTER	DEPEND		$ 1.400.000	FIJO			SI									04-30									230201-PROTECCION	27	$ 2.059.499	$ 329.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 329.600	EPS005-SANITAS S.A.	27	$ 2.059.499	$ 82.400	$ 0	$ 82.400	14-11 - ARL SURA	27	$ 2.059.499	000000002	$ 50.200	27	$ 2.059.499	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 82.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
23	CC 1077465211	MOSQUERA MORENO CRISTHIAN MAKENNSY	DEPEND		$ 1.229.600	FIJO			SI									01-30									230301-PORVENIR	30	$ 2.217.378	$ 354.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 354.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 2.217.378	$ 88.700	$ 0	$ 88.700	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.217.378	000000004	$ 96.500	30	$ 2.217.378	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 88.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811013645
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OXISALUD SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CL 29 N 65 46	TELÉFONO:	4448456
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Fabricación de productos farmacéuticos, sustancia
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	02 - TRINIDAD
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7895639232**	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/09/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		156236189

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP												
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS															CCF		SENA		ICBF		ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
24	CC 1082951594	GARCIA MARTINEZ CARLOS ANDRES	DEPEND		$ 1.647.800	FIJO			SI									01-30								231001-COLFONDOS	30	$ 2.049.752	$ 328.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 328.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 2.049.752	$ 82.000	$ 0	$ 82.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.049.752	000000002	$ 21.400	30	$ 2.049.752	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 82.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
25	CC 1090381220	CORRALES MALAGON CRISTIAN JEISSON	DEPEND		$ 3.412.500	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 3.412.500	$ 546.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 546.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 3.412.500	$ 136.500	$ 0	$ 136.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 3.412.500	000000002	$ 83.200	30	$ 3.412.500	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 136.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
26	CC 1099682986	ROMERO VERGARA SULIBAN KATHERINE	DEPEND		$ 1.400.000	FIJO			SI												01-02					230301-PORVENIR	2	$ 77.334	$ 12.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 12.400	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	2	$ 77.334	$ 3.100	$ 0	$ 3.100	14-11 - ARL SURA	2	$ 77.334	000000002	$ 0	2	$ 62.223	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 2.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
27	CC 1099682986	ROMERO VERGARA SULIBAN KATHERINE	DEPEND		$ 1.400.000	FIJO			SI									03-30								230301-PORVENIR	28	$ 1.818.239	$ 291.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 291.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	28	$ 1.818.239	$ 72.800	$ 0	$ 72.800	14-11 - ARL SURA	28	$ 1.818.239	000000002	$ 44.300	28	$ 1.818.239	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 72.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
28	CC 1112789106	LONDOÑO RODRIGUEZ VALERIA	DEPEND		$ 2.392.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 2.392.000	$ 382.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 382.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.392.000	$ 95.700	$ 0	$ 95.700	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.392.000	000000002	$ 58.300	30	$ 2.392.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 95.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
29	CC 1118552192	VARGAS ORTIZ JHONATAN SMITH	DEPEND		$ 1.241.200	FIJO			SI									01-13								230301-PORVENIR	13	$ 1.325.929	$ 212.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 212.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	13	$ 1.325.929	$ 53.100	$ 0	$ 53.100	14-11 - ARL SURA	13	$ 1.325.929	000000004	$ 57.700	13	$ 1.325.929	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 53.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	CC 1118552192	VARGAS ORTIZ JHONATAN SMITH	DEPEND		$ 1.241.200	FIJO			SI														14-30			230301-PORVENIR	17	$ 703.347	$ 112.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 112.600	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	17	$ 703.347	$ 28.200	$ 0	$ 28.200	14-11 - ARL SURA	17	$ 703.347	000000004	$ 0	17	$ 703.347	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 28.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
31	CC 1121947573	DIAZ GARZON GERALDINE	DEPEND		$ 1.500.000	FIJO			SI									01-30								230301-PORVENIR	30	$ 1.812.769	$ 290.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 290.100	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.812.769	$ 72.600	$ 0	$ 72.600	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.812.769	000000002	$ 44.200	30	$ 1.812.769	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 72.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
32	CC 1128397724	LONDOÑO BEDOYA NATALIA ANDREA	DEPEND		$ 1.800.000	FIJO			SI									01-30								230301-PORVENIR	30	$ 2.136.667	$ 341.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 341.900	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 2.136.667	$ 85.500	$ 0	$ 85.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.136.667	000000001	$ 11.200	30	$ 2.136.667	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 85.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
33	CC 1143345403	GIL DEVOZ MARIA TERESA	DEPEND		$ 4.300.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 4.300.000	$ 688.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 688.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 4.300.000	$ 172.000	$ 0	$ 172.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 4.300.000	000000001	$ 22.500	30	$ 4.300.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 172.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
34	CC 1152217633	TORRES RUIZ GABRIELA	DEPEND		$ 5.500.000	FIJO			SI															X		230201-PROTECCION	30	$ 5.500.000	$ 880.000	$ 27.500	$ 27.500	$ 830.000	$ 0	Normal	$ 1.765.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 5.500.000	$ 220.000	$ 0	$ 220.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 5.500.000	000000001	$ 28.800	30	$ 5.500.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 220.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
35	CC 1152713817	ASPRILLA GONZALEZ SARA CATALINA	DEPEND		$ 1.594.300	FIJO			SI									01-30								230201-PROTECCION	30	$ 1.716.418	$ 274.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 274.700	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.716.418	$ 68.700	$ 0	$ 68.700	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.716.418	000000001	$ 9.000	30	$ 1.716.418	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 68.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
36	CC 37080277	ROSERO TREJO ANDREA MERCEDES	DEPEND		$ 3.500.000	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 3.500.000	$ 560.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 560.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 3.500.000	$ 140.000	$ 0	$ 140.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 3.500.000	000000002	$ 85.300	30	$ 3.500.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 140.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
37	CC 38569956	MOSQUERA PEREA MARIA LOSANTO	DEPEND		$ 1.241.200	FIJO			SI														01-06			230301-PORVENIR	6	$ 248.240	$ 39.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 39.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	6	$ 248.240	$ 10.000	$ 0	$ 10.000	14-11 - ARL SURA	6	$ 248.240	000000002	$ 0	6	$ 248.240	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 10.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
38	CC 38569956	MOSQUERA PEREA MARIA LOSANTO	DEPEND		$ 1.241.200	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	24	$ 992.960	$ 158.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 158.900	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	24	$ 992.960	$ 39.800	$ 0	$ 39.800	14-11 - ARL SURA	24	$ 992.960	000000002	$ 24.200	24	$ 992.960	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 39.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
39	CC 43272893	URIBE GRAJALES LUZ STELLA	DEPEND		$ 3.725.900	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 3.725.900	$ 596.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 596.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 3.725.900	$ 149.100	$ 0	$ 149.100	14-11 - ARL SURA	30	$ 3.725.900	000000001	$ 19.500	30	$ 3.725.900	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 149.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
40	CC 43279204	CIFUENTES GOMEZ VANESSA	DEPEND		$ 4.300.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 4.300.000	$ 688.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 688.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 4.300.000	$ 172.000	$ 0	$ 172.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 4.300.000	000000002	$ 104.800	30	$ 4.300.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 172.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811013645
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OXISALUD SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CL 29 N 65 46	TELÉFONO:	4448456
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Fabricación de productos farmacéuticos, sustancia
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	02 - TRINIDAD
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7895639232**			TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2023
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/09/12			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	156236189

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES														
																													PENSIÓN										SALUD								ARP																		

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 22 de noviembre de 2023, a las 10:48:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79366939
Código de Verificación	79366939231122104843

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 22 de noviembre de 2023, a las 10:49:10, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Número de identificación tributario
No. Identificación	811013645
Código de Verificación	811013645231122104910

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 235440452

PIB
10:55:05

Bogotá DC, 22 de noviembre del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOSE ANTONIO TORRES CABREJO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79366939:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:56:04 AM horas del 22/11/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **79366939**

Apellidos y Nombres: **TORRES CABREJO JOSE ANTONIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Orden de pago Presupuestal de gastos Comprobante

Usuario Solicitante: MHjramireb JUAN FELIPE RAMIREZ BEDOYA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 36-02-00-005- SENA REGIONAL ANTIOQUIA-DIRECCION
Fecha y Hora Sistema: 2023-11-17-2:43 p. m.

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

Número:	382599523	**Fecha Registro:**	2023-11-02	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	36-02-00-005-000000 SENA REGIONAL ANTIOQUIA-DIRECCION REGIONAL				
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Pagada	**Nro Obligación:**	385823	**Comprobante Contable de la Generación:**			
Fecha Máxima Pago:	2023-11-07	**Código de Referencia:**		04500310300382599523	**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00	
Valor Bruto:	2.854.317,00	**Valor Deducciones:**		159.071,00	**Valor Neto:**	2.695.246,00	**Saldo x Pagar:**	0,00	

VALORES PAGADOS

TRM Pago		**Valor Bruto**	**2.854.317,00**	Valor Deducciones	159.071,00	Valor Neto	**2.695.246,00**	Moneda Base Compra		**Valor MBC**

REINTEGROS

Números				**No Recaudo:**	
Bruto Reintegrado Pesos:	0,00	**Reintegrado Deducciones Pesos:**	0,00	**Reintegrado Neto Pesos:**	0,00
Bruto Reintegrado Moneda:	0,00	**Reintegrado Deducciones Moneda:**	0,00	**Reintegrado Neto Moneda:**	0,00

TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO

Identificación:	811013645	**Razón Social:**	OXISALUD S.A.S.	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	01201137711	**Banco:**	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo:**	Corriente	**Estado:**	Activa

TESORERIA	**DOCUMENTO SOPORTE**					
13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPTN	**Número:**	CO1,PCCNTR,5343304	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION	**Fecha:**	2023-11-02

Tipo Beneficiario Pago 01 - Beneficiario final

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS

DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES			
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA
101000 DESPACHO DIRECCION / C-3603-1300-14-0-3603025-03 TRANSFERENCIAS CORRIENTES - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - MEJORAMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL												
	Nación	10	CSF	2.854.317,00	0,00	2.854.317,00				Pesos	0,00	0,00

DEDUCCIONES

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES		TERCERO		TARIFA	VALOR	VALOR AJUSTADO PAGO	VALOR REINTEGRADO
2-01-04-01-04-01	RETEFUENTE - SERVICIOS EN GENERAL - PERSONAS DECLARANTES	800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	4,000 %	107.631,00	107.631,00	
2-01-04-02-01-03	RETE IVA - SERVICIOS GRAVADOS - RÉGIMEN COMÚN - SERVICIOS	800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	15,000 %	24.532,00	24.532,00	
2-03-05-01	UNIVERSIDAD POLITECNICO COLOMBIANO JAIME ISAZA CADAVID	890900286	DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA	0,400 %	10.763,00	10.763,00	
2-01-05-01-97	RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-SERVICIOS	890900286	DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA	0,400 %	10.763,00	10.763,00	
2-01-05-01-97	RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-SERVICIOS	890905211	DISTRITO ESPECIAL DE CIENCIA TECNOLOGIA E INNOVACION DE MEDELLIN	0,200 %	5.382,00	5.382,00	

LINEAS DE PAGO VINCULADA

DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO	ESTADO
36-02-00-005-000000 - SENA REGIONAL ANTIOQUIA-DIRECCION REGIONAL	3-8 - CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2023-11-02	2.854.317,00	05 NINGUNO	Pagada

JUAN FELIPE RAMIREZ BEDOYA

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

De: Administracion Documentos <grupoadmondocumentos@sena.edu.co>
Enviado el: viernes, 27 de octubre de 2023 2:35 p. m.
Para: JOSE.TORRES@OXISALUD.COM.CO
CC: Kelly Johanna Jiménez Mora <kjimenezm@sena.edu.co>; Jovan Noe Márquez Mora <jnmarquez@sena.edu.co>; CREDITO@OXISALUD.COM.CO; Angelica Maria Molina Muñoz <ammolina@sena.edu.co>; Adriana Maria Gonzalez Melguizo <amgonzalezm@sena.edu.co>
Asunto: CPE No. 05-9-2023-027413 - RADICACIÓN FACTURACIÓN CIERRE VIGENCIA 2023

Apreciado(a)

Para su respectivo trámite se ha radicado la siguiente comunicación electrónica:

Radicado	**N.I.S.**	**Fecha**
05-9-2023-027413	2023-02-458162	27/10/2023 2:34:57 p. m.

Asunto	**Descripción del asunto**
INFORMES	RADICACIÓN FACTURACIÓN CIERRE VIGENCIA 2023

5-1023
Medellín,

Doctor:
JOSE ANTONIO TORRES CABREJO
Representante Legal
OXISALUD S.A.S
jose.torres@oxisalud.com.co

Asunto: Radicación facturación cierre vigencia 2023

Cordial saludo

A través del presente me permito informarle que en virtud del principio de anualidad presupuestal establecido en el Estatuto Orgánico de Presupuesto de las entidades estatales colombianas que dispone:

Artículo 14. Anualidad. El año fiscal comienza el 1º de enero y termina el 31 de diciembre de cada año. Después del 31 de diciembre no podrán asumirse compromisos con cargo a las apropiaciones del año fiscal que se cierra en esa fecha y los saldos de apropiación no afectados por compromisos caducarán sin excepción. (Ley 38 de 1989, Art.10).
Artículo 89. Las apropiaciones incluidas en el Presupuesto General de la Nación son autorizaciones máximas de gasto que el Congreso aprueba para ser ejecutadas o comprometidas durante la vigencia fiscal respectiva. Después del 31 de diciembre de cada año estas autorizaciones expiran y, en consecuencia, no podrán comprometerse, adicionarse, transferirse ni contracreditarse. Al

cierre de la vigencia fiscal cada órgano constituirá las reservas presupuestales con los compromisos que al 31 de diciembre no se hayan cumplido, siempre y cuando estén legalmente contraídos y desarrollen el objeto de la apropiación. Las reservas presupuestales solo podrán utilizarse para cancelar los compromisos que les dieron origen" (…)

Es deber del SENA Regional Antioquia tramitar y garantizar el pago de la totalidad de servicios prestados a nuestra población beneficiaria del Servicio Médico Asistencial en el marco del contrato No CO1.PCCNTR. CO1.PCCNTR.5343304 del 01 de septiembre de 2023, cuyo objeto contractual es: 5_337 SUMINISTRAR DE FORMA PERIÓDICA E INTEGRAL OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INSTITUCIONAL Y POR EVENTO, EQUIPOS HOSPITALARIOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DESTINADOS AL CUIDADO DE LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL -SMA- DEL SENA REGIONAL ANTIOQUIA Y DE OTRAS REGIONALES DOMICILIADOS O VISITANTES QUE SE ENCUENTREN EN EL DEPARTAMENTO, por esta razón me permito informarle que el plazo máximo establecido para la radicación de facturas será hasta el próximo 12 de diciembre, facturas que se cancelarán antes del cierre de la vigencia fiscal, es decir, del 31 de diciembre de 2023. La fecha anterior aplica también para la respuesta a glosas y devoluciones que se realicen dentro del marco del proceso de auditoría médica. El pago de las facturas de servicios prestados que se generen por fuera de este plazo, es decir desde el 13 de diciembre hasta el 31 de diciembre de 2023, serán cancelados con cargo a una reserva presupuestal, durante los tres primeros meses del año 2024.

Cualquier inquietud adicional con gusto será atendida a través del correo electrónico kjimenezm@sena.edu.co.

Kelly Johanna Jiménez Mora
Supervisora contractual
Coordinadora del Servicio Médico Asistencial

Proyectó: Adriana M Gonzalez M – Apoyo Administrativo

Atentamente,

Grupo Administración de Documentos
Dirección General
servicioalciudadano@sena.edu.co
PBX:5461500
Calle 57 · 8 - 69 Bogotá Colombia
@SENAcomunica
www.sena.edu.co

NOTA: Este correo es generado por medios automáticos, por favor no dar respuesta al remitente

Comunicación Electrónica

Tipo de destinatario

Por favor seleccione tipo de destinatario:

○ Interno ◉ Externo

Fecha	Radicado	NIS
27/10/2023 02:34:57 p. m.	05-9-2023-027413	2023-02-458162

Destinatario Externo

Nombre Destinatario *	Email Destinatario *
JOSE ANTONIO TORRES CABREJO	JOSE.TORRES@OXISALUD.COM.CO

CERTIFICADO / RHPS
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/O ESPECIALES

Itagüí, 26 de Oct de 2023

La empresa **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P.** con **NIT. 900.448.985-8** certifica que recibió de la empresa **OXISALUD S.A.S. NIT. 811.013.645-9** Los residuos relacionados a continuación, en el periodo certificado, recibieron el manejo que se establece en la columna **“TRATAMIENTO”**

Nombre Sede	Sede	Fecha	Hora de Recepción	Nro. Bolsas	Cantidad	U.M.	Nombre Quien Entrega	Residuo	Tratamiento	Corriente	Color Bolsa	Disposición Final
OXISALUD - SEDE ADMINISTRATIVA	CLL 29 #65 - 46	26/10/2023	12:55:00 PM		0.70	KGS	cristian	DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	DESACTIVACION	Y1.2 / A4020.2	ROJA	RELL SANITARIO

CERTIFICADO / RHPS
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/O ESPECIALES

Itagüí, 26 de Oct de 2023

La empresa **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P.** con **NIT. 900.448.985-8** certifica que recibió de la empresa **OXISALUD S.A.S. NIT. 811.013.645-9** Los residuos relacionados a continuación, en el periodo certificado, recibieron el manejo que se establece en la columna **“TRATAMIENTO”**

RESUMEN ITEM TRATADOS

Item / Residuo	Cantidad
DESACTIVACIÓN DE RESIDUOS BIOSANITARIOS	0.70
Total Entregados	**0.70**

CERTIFICADO / RHPS
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/O ESPECIALES

Itagüí, 26 de Oct de 2023

La empresa **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P.** con **NIT. 900.448.985-8** certifica que recibió de la empresa **OXISALUD S.A.S. NIT. 811.013.645-9** Los residuos relacionados a continuación, en el periodo certificado, recibieron el manejo que se establece en la columna **“TRATAMIENTO”**

CONSIDERACIONES GENERALES

PARA LAS RECOLECCIONES REALIZADAS POR LA SEDE BYC ANTIOQUIA, La gestión externa de los residuos, efectuada por **BIOLOGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P** identificada con **NIT 900448985-8**, se realiza en concordancia al convenio entre las empresas **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S E.S.P y ASEI S.A.S E.S.P** identificada con **NIT 800201648-7** con lo establecido en las Resoluciones, 0793 de 2006, 0625 de 2009, 2313 de 2020 y 2679 diciembre 2020 otorgadas por el AMVA como autoridad ambiental y por la normatividad que le regula y complementa. 2. Con la presente ha concluido la actividad de manejo de residuos para la cual fue contratado de conformidad con el acuerdo entre las partes 3. Cuándo se requiera la intervención de otros gestores por la especialidad del tratamiento, se cuenta con aliados estratégicos, los cuales poseen licencias, permisos o autorizaciones otorgadas por la autoridad ambiental competente. Estas licencias, permisos o autorizaciones y las certificaciones expedidas por estos gestores, en donde se establece el tipo de manejo que reciban los residuos, reposan en las instalaciones de la empresa y pueden ser consultadas por los interesados.

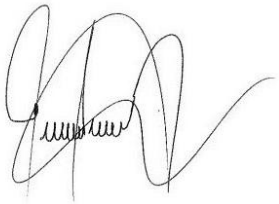
PARA LAS RECOLECCIONES REALIZADAS POR LA SEDE BYC BOGOTA, La gestión externa de los residuos, efectuada por **BIOLOGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P** identificada con **NIT 900448985-8**, se realiza en concordancia con lo establecido en la Resolución 4249 de 2019, otorgada por la CAR como autoridad ambiental y por la normatividad que le regula y complementa. 2. Con la presente ha concluido la actividad de manejo de residuos para la cual fue contratado de conformidad con el acuerdo entre las partes 3. Cuando se requiera la intervención de otros gestores por la especialidad del tratamiento, se cuenta con aliados estratégicos, los cuales poseen licencias, permisos o autorizaciones otorgadas por la autoridad ambiental competente. Estas licencias, permisos o autorizaciones y las certificaciones expedidas por estos gestores, en donde se establece el tipo de manejo que reciban los residuos, reposan en las instalaciones de la empresa y pueden ser consultadas por los interesados.

PARA LAS RECOLECCIONES REALIZADAS POR LA SEDE BYC TOLIMA, La gestión externa de los residuos, efectuada por **BIOLOGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P** identificada con **NIT 900.448.985-8**, se realiza en concordancia con lo establecido en la Resolución 7995 de 2022, otorgada por CORTOLIMA como autoridad ambiental para la cesión total de los derechos y obligaciones contenidos en las Resoluciones 783/07 y 1593/10 y por la normatividad que le regula y complementa. 2. Con la presente ha concluido la actividad de manejo de residuos para la cual fue contratado de conformidad con el acuerdo entre las partes 3. Cuando se requiera la intervención de otros gestores por la especialidad del tratamiento, se cuenta con aliados estratégicos, los cuales poseen licencias, permisos o autorizaciones otorgadas por la autoridad ambiental competente. Estas licencias, permisos o autorizaciones y las certificaciones expedidas por estos gestores, en donde se establece el tipo de manejo que reciban los residuos, reposan en las instalaciones de la empresa y pueden ser consultadas por los interesados 4. BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P, actúa como sociedad absorbente de la sociedad absorbida PROYECTOS AMBIENTALES S.A.S. E.S.P.

CERTIFICADO / RHPS
MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS Y/O ESPECIALES

Itagüí, 26 de Oct de 2023

La empresa **BIOLÓGICOS Y CONTAMINADOS S.A.S. E.S.P.** con **NIT. 900.448.985-8** certifica que recibió de la empresa **OXISALUD S.A.S. NIT. 811.013.645-9** Los residuos relacionados a continuación, en el periodo certificado, recibieron el manejo que se establece en la columna **“TRATAMIENTO”**



Director Nacional de Disposición

JHON DEMIS IZQUIERDO PUERTO

RE: DOCUMENTACIÓN DEL SENA - contrato OXISALUD

Andres Felipe Alzate Garcia <afalzateg@sena.edu.co>
Jue 23/11/2023 18:16
Para:Kelly Johanna Jiménez Mora <kjimenezm@sena.edu.co>

1 archivos adjuntos (115 KB)
Evaluación contractual.docx;

Buenas tardes

Adjunto información solicitada.

Quedo atento

De: Kelly Johanna Jiménez Mora <kjimenezm@sena.edu.co>
Enviado: jueves, 23 de noviembre de 2023 3:28 p. m.
Para: Andres Felipe Alzate Garcia <afalzateg@sena.edu.co>
Asunto: RV: DOCUMENTACIÓN DEL SENA - contrato OXISALUD

Andrés buena tarde. Remito documentos para revisión de los criterios ambientales.
Solo nos falta esto para el pago .
Muchas gracias

Kelly Johanna Jiménez Mora
Coordinadora Servicio Médico Asistencial
Regional Antioquia
kjimenezm@sena.edu.co
Teléfono- (4) 576 0000 IP - 42589
Calle 51 N 57-70 Torre Sur,Piso 1,Medellín,Colombia

@SENAcomunica
www.sena.edu.co

De: Jose Torres <jose.torres@oxisalud.com.co>
Enviado: miércoles, 22 de noviembre de 2023 17:42
Para: Kelly Johanna Jiménez Mora <kjimenezm@sena.edu.co>
Asunto: RV: DOCUMENTACIÓN DEL SENA

Buenas tardes.

Envió información solicitada.

Quedo atento si hay alguna novedad.

Gracias

Cordialmente,

PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

EVALUACIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS AMBIENTALES Y ENERGÉTICOS

Medellín
23 de Noviembre de 2023

OBJETO CONTRACTUAL
5_337 SUMINISTRAR DE FORMA PERIÓDICA E INTEGRAL OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INSTITUCIONAL Y POR EVENTO, EQUIPOS HOSPITALARIOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DESTINADOS AL CUIDADO DE LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL -SMA- DEL SENA REGIONAL ANTIOQUIA Y DE OTRAS REGIONALES DOMICILIADOS O VISITANTES QUE SE ENCUENTREN EN EL DEPARTAMENTO.

OXISALUD S.A.S		
Descripción del criterio	**Etapa**	**Estado**
Entregar las fichas de datos de seguridad suministrada por el fabricante, comercializador o importador acorde con lo definido en el Sistema Globalmente Armonizado de Clasificación y Etiquetado de Productos Químicos Nota: Las Fichas de datos de seguridad deben ser en idioma español, contener los 16 ítems que establece la Resolución 773 de 2021 y estar actualizadas (fechas no superiores a los 5 años)	**Contractual**	**CUMPLE** El contratista evidencia la hoja de seguridad perteneciente al oxigeno gaseoso identificada con el código P-PDE-002 cuya actualización se realizó el 28 de octubre de 2021
Entregar los productos debidamente etiquetados acorde con lo establecido en el Sistema Globalmente Armonizado de Clasificación y Etiquetado de Productos Químicos	**Contractual**	**CUMPLE** El contratista evidencia la etiqueta que contiene cada uno de los recipientes de contención del oxígeno, allí se puede verificar la siguiente información: Símbolos o pictogramas • Palabra de advertencia • Indicaciones de peligro • Consejos de prudencia
Entregar informe de cumplimiento del Decreto 1079 de 2015 para el transporte de sustancias peligrosas; notificación del listado de equipo completo de carretera y copia de documentos vigentes del vehículo: SOAT, revisión técnico-mecánica de gases.	**Contractual**	**CUMPLE** El contratista evidencia las pólizas de seguro de daños corporales causados a las personas en accidente de tránsito y los certificados de revisión técnico-mecánica y de emisiones contaminantes de los siguientes vehículos: Tres Chevrolet NHR identificados con las placas JYM687, JYO365 y GTY111
Presentar soportes del curso básico certificado de 60 horas de los conductores que se designen para transportar las Sustancias peligrosas Nota: El certificado tendrá una validez de 2 años, vencido este término; deberá presentar actualización anual	**Contractual**	**CUMPLE** Por medio de la capacitadora y evaluadora CLAUDIA MARIANA RIOS VARGAS identificada con el NIT – 1101686582-6 certificó los cursos de TRASNPORTE Y MANEJO

del curso con una intensidad de 20 horas.		DE SUSTANCIAS PELIGROSAS EN VEHÍCULOS AUTOMOTORES DE CARGA, con una intensidad de 80 horas a las siguientes personas: • Santiago Zapata David • Edwin Cañas Lora • Damiler Aldana Martínez
Copia de póliza vigente de seguro de responsabilidad civil extracontractual	**Contractual**	**CUMPLE** Durante el proceso de contratación, contratista adquiere el SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE CUMPLIMIENTO con el número 858315 y el SEGURO DE CUMPLIMEINTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (GARANTÍA UNICA) con el número 3390669-1
Previo al descargue de las sustancias peligrosas, el SENA verificará: • Que el vehículo cuente con elementos básicos de atención de emergencias: Ropa protectora, Linterna, Botiquín de primeros auxilios, kit de derrames y mínimo 2 extintores tipo multipropósito. La instalación de rótulos de identificación reflectivos y las placas de identificación del número de las Naciones Unidas UN de la mercancía peligrosa transportada	**Contractual**	**NO APLICA** Las sustancias químicas no se han descargado en instalaciones del Sena.



Nombre: Andrés Felipe Álzate García
CC. 71378371
Cargo: Dinamizador ambiental y energético

"Por la cual se expide Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo"

EL DIRECTOR DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE ARAUCA

En uso de sus facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 de 2012, el Decreto 333 de 2005 y la Resolución Nº 1009 de 2013, y

En uso de sus facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por la Ley 1562 de 2012, Resolución 201 de 2016, el Decreto 333 de 2005 y la Resolución Nº 1009 de 2013, y

CONSIDERANDO

Que mediante Resolución No. 4502 del 28 de Diciembre del 2012 el Ministerio de Salud y Protección Social delegó en las Direcciones Seccionales o Locales de Salud, la función de expedir y renovar las Licencias en Seguridad y Salud en el Trabajo a las personas naturales o jurídicas que oferten servicios de Seguridad y Salud en el trabajo a nivel nacional.

Que el artículo 13 de la resolución 4502 de 2012, señala que partir de la entrada en vigencia de la ésta, y salvo el caso previsto en el inciso 3o del artículo 12, le corresponderá a las Secretarías Seccionales o Distritales de Salud, garantizar la doble instancia, resolviendo los recursos de reposición y apelación que el interesado presente contra el acto administrativo que niegue el reconocimiento o renovación de la licencia de salud ocupacional.

Que **CRISTIAN JEISSON CORRALES MALAGON,** Identificado con la cedula de ciudadanía Número 1.090.381.220 Expedida en Cúcuta, ha solicitado expedición de Licencia para la Prestación de Servicios en Salud Ocupacional, presentando como soporte el Título de Profesional en Salud Ocupacional de la Universidad Del Tolima.

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, de acuerdo con lo establecido en el parágrafo del Artículo dos (2) de la Resolución No. 4502 del 28 de Diciembre del 2012 del Ministerio de Salud.

Que el referente de riesgos Laborales del departamento de Arauca dio concepto favorable para la expedición de la Licencia para la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo.

Que corresponde a la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca, la función de expedir la Licencia en Salud Ocupacional en el Departamento de Arauca.

Que en mérito de lo expuesto el Director de la Unidad Administrativa Especial de Salud de Arauca,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Otorgar Licencia para la prestación de Servicios en Salud Ocupacional, como profesional en Salud Ocupacional a **CRISTIAN JEISSON CORRALES MALAGON,** Identificado con la cédula de ciudadanía número 1.090.381.220 expedida en Cúcuta.

ARTICULO SEGUNDO: La prestación de servicios en Salud Ocupacional de conformidad con la Resolución No. 4502 del 28 de Diciembre del 2012 será en las siguientes áreas:

PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL
HIGIENE INDUSTRIAL
SEGURIDAD INDUSTRIAL
INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO

DISEÑO, ADMINISTRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ARTICULO TERCERO: La presente Licencia se concede por término de diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución, y podrá ser renovada por un plazo igual o según lo determine el Ministerio de la Protección Social, mediante solicitud presentada con sesenta (60) días de antelación a su vencimiento.

ARTICULO CUARTO: La presente Licencia es de carácter personal e intransferible y tendrá validez en todo el Territorio Nacional.

ARTÍCULO QUINTO: Cuando la persona natural o Jurídica modifique alguna de las condiciones presentadas en el momento de obtener la licencia, deberá informar en el término de un mes, ante la Subdirección de Habilitación Inspección Vigilancia y Control sobre los cambios o modificaciones realizadas, para hacer los ajustes necesarios. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO SEXTO: El interesado deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia contenida en la Resolución Ministerial No. 4502 del 28 de Diciembre del 2012.

ARTICULO SEPTIMO: Notificar personalmente a **CRISTIAN JEISSON CORRALES MALAGON,** e informarle que contra la misma proceden los recursos de reposición y apelación, éste último ante el Ministerio de la Protección Social, de los cuales podrá hacer uso, dentro de los cinco (5) días siguientes a su notificación, de conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ARTICULO OCTAVO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su notificación y ejecutoria.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Arauca el 23 de Julio del 2018.

LEONARDO FABIO FORERO GALVIS
DIRECTOR

Redacto: Gustavo Adolfo Martinez/ Tecnólogo HSEQ
Proyectó y Aprobó: ADRIAN S. MEROZA LOZANO / Profesional Especializado Salud y ámbito laboral
Revisó: Oficina Asesora Jurídica

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. – ARL SURA

Informa que la empresa OXISALUD S.A.S. con Nit 811013645 , se encuentra afiliada a ARL SURA.

En cumplimiento de la normatividad vigente, actualmente se encuentra implementando el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y para ello, OXISALUD S.A.S. aplicó la herramienta diagnóstica de la Resolución 0312 de 2019 el 19/09/2023 cuyo resultado se presenta en este informe.

La autoevaluación de los Estándares Mínimos es realizada por el empleador según el artículo 28 de la Resolución 0312 de 2019, y los datos ingresados obedecen única y exclusivamente a su criterio como empresa. ARL SURA no suministra o diligencia información, ni es responsable de los resultados que de ella se generen.

El resultado obtenido es:

Item evaluado	% Calificación Real	Valor Ponderado (%)	% Implementación
I. Planear (25%)	100	25	25
II. Hacer (60%)	89.17	60	53.5
III. Verificar (5%)	75	5	3.75
IV. Actuar (10%)	100	10	10
% Total implementación			**92.25**

De acuerdo a su porcentaje de implementación del 92.25 su resultado es ACEPTABLE.

La empresa es responsable en el desarrollo de las actividades para dar cumplimiento a los requisitos normativos legales vigentes, al monitoreo, disminución y control de los riesgos como también a la implementación total del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, garantizando el bienestar de sus trabajadores.

La presente comunicación se expide a solicitud de la empresa el 19/09/2023.

Atentamente



Gerencia Técnica Arl Sura
Código transacción: 3513058

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rv: Cuota de Aprendizaje

Adriana Maria Gonzalez Melguizo <amgonzalezm@sena.edu.co>

Mié 08/11/2023 15:50

Para:Kelly Johanna Jiménez Mora <kjimenezm@sena.edu.co>

7 archivos adjuntos (2 MB)

estadoCuenta_169046_20231108 LABORATORIO MEDICO ECHAVARRIA EN CUMPLIMIENTO.pdf; estadoCuenta_169051_20231108 DISTRIBUIDORA PASTEUR EN CUMPLIMIENTO.pdf; estadoCuenta_167701_20231108 HPTU EN CUMPLIMIENTO.pdf; estadoCuenta_167231_20231108 OXISALUD EN CUMPLIMIENTO.pdf; estadoCuenta_169050_20231108 CLINICA SOMER EN CUMPLIMIENTO.pdf; estadoCuenta_169048_20231108 CLINICA DE URABA.pdf; estadoCuenta_166410_20231108 ORGANIZACION SANTA LUCIA.pdf;

Jefe comparto información de cuota de aprendizaje de nuestros prestadores

---

De: Jaime Alonso Cañas Merino <jcanas@sena.edu.co>
Enviado: miércoles, 8 de noviembre de 2023 15:36
Para: Adriana Maria Gonzalez Melguizo <amgonzalezm@sena.edu.co>
Asunto: RE: Cuota de Aprendizaje

Adriana buenas tardes. Atendiendo su solicitud, adjunto los estados de cuenta, con corte al 30/10/2023.

La ORGANIZACIÓN SANTA LUCIA en conversación telefónica el día de hoy me informa que van a proceder con el pago. Una vez me envíen el comprobante se reliquida el estado de cuenta

Cordial saludo,

Señor empresario, lo invitamos a participar de los Talleres de FIC que se dictaran de forma quincenal, los miercoles de 2 a 3 p.m., en las fechas: ABR: 05-19 - MAY: 03-17-31 JUN: 14-28 JUL: 12-26 AGO: 09-23 SEP: 06-20 OCT: 04-18 NOV: 01-15-29 DIC: 13

por el siguiente enlace: Click here to join the meeting

Jaime Alonso Cañas Merino
Fiscalizador
jcanas@sena.edu.co
Tel: 5760000 IP 42356
Calle 51 No. 57-70 Torre Sur piso 11, Medellín, Colombia
Dirección Regional-Coordinación Relaciones Corporativas e Internacionales

@SENAcomunica
www.sena.edu.co

De: Adriana Maria Gonzalez Melguizo <amgonzalezm@sena.edu.co>
Enviado el: miércoles, 8 de noviembre de 2023 10:40 a. m.
Para: Jaime Alonso Cañas Merino <jcanas@sena.edu.co>
Asunto: Cuota de Aprendizaje

Cordial saludo

Amablemente solicito su colaboración en brindarnos información acerca del estado del cumplimiento o no de la obligación por concepto de cuota de aprendizaje al 30 de octubre de los siguientes prestadores de servicios de salud:

AZON SOCIAL	REPRESENTANTE LEGAL/NIT
LABORATORIO MÉDICO ECHAVARRIA SAS	SIMÓN ECHAVARRÍA URIBE Nit:890906793
CLÍNICA APARTADÓ-CLINICA DE URABA	JUAN CANCIO RESTREPO GUTIERREZ Nit:800.058.856-1
ORGANIZACIÓN SANTA LUCIA SA	GLORIA MIGNON ESTRADA RESTREPO Nit:890.900.650-9
SOMER	RAMIRO DEL CARMEN POSADA AGUDELO Nit:890939936-9
OXISALUD	JOSE ANTONIO TORRES CABREJO Nit:811013645-9
HOSPITAL PABLO TOBON URIBE	ANTONIO JOSE LOPERA UPEGUI Nit:890901826-2
DISTRIBUIDORA PASTEUR SA	CAMILO VALENCIA JARAMILLO Nit:890941663-1

Gracias, feliz Dia

Adriana Maria Gonzalez Melguizo

Regional Antioquia - Contratista

amgonzalezm@sena.edu.co

PBX:+(57) 601 5461500 Ext:

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
NIT: 899999034-1
FORMATO ESTADO DE CUENTA INCUMPLIMIENTO CONTRATO DE APRENDIZAJE

CUADRO BASE DE LIQUIDACIÓN APRENDICES

REGIONAL	**REGIONAL ANTIOQUIA**	**FECHA**	8 de noviembre de 2023
		No.	167231
RAZON SOCIAL	**OXISALUD S.A.S.**	**NIT**	811013645
DIRECCION	calle29#65-46	**TEL**	6044448456

RESOLUCION APRENDICES No.	Fecha de Expedición	Fecha de Ejecutoria	Cuota regulada	RESOLUCION APRENDICES No.	Fecha de Expedición	Fecha de Ejecutoria	Cuota regulada
1) Resolución No. 12609 Ejecut. 30-nov.-2022	24-nov.-2022	30-nov.-2022	1	-			
-				-			
-				-			
-				-			
-				-			

	2020	2021	2022	2023
SMLVM * FACTOR	-	-	-	1.160.000,00
DIAS ASIGNADOS	-	-	-	90,00
DIAS CUMPLIDOS	-	-	-	90,00
DIAS INCUMPLIDOS	-	-	-	0,00
FACTOR BASE LIQUIDACION	-	-	-	38.666,00
VALOR DE LA LIQUIDACION ANUAL	-	-	-	0,00
PAGOS O ABONOS(MN)	-	-	-	0,00
INTERESES DE MORA	-	-	-	0,00
MULTA (11,00)	-	-	-	0,00
VALOR TOTAL POR PERIODO	-	-	-	0,00
INTERESES EXTEMPORANEOS(8-nov.-2023)	0,00			
MENOS VR POR COMPENSACIÓN	0,00			
VALOR TOTAL DE LA LIQUIDACIÓN	**0,00**			

Se realiza liquidación por el período comprendido del 1-ago.-2023 A 30-oct.-2023 asi

	ASIGNADOS	CUMPLIDOS	INCUMPLIDOS
VIGENCIA 2020:	-	-	-
OBSERVACIÓN			
VIGENCIA 2021:	-	-	-
OBSERVACIÓN			
VIGENCIA 2022:	-	-	-
OBSERVACIÓN			
VIGENCIA 2023:	90,00	90,00	0,00
OBSERVACIÓN SE TUVO EN CUENTA ACUERDO 011 DE 2008,			

- Días asignados = cuota asignada por número(s) de día(s.)
- Valor liquidado = días incumplidos X factor día.

Elaborado por JAIME ALONSO CAÑAS MERINO. Se revisó la H/de Vida, el S.G.V.A. donde se registran los contratos de aprendizaje y el Sistema Nacional de Pagos donde se registran los pagos por concepto de abonos por incumplimiento a cargo de la compañia. Se establece que la empresa OXISALUD S.A.S. con NIT No. 811013645 presenta cumplimiento con la cuota regulada de aprendices por el periodo comprendido del 1-ago.-2023 A 30-oct.-2023, según cuadro base de liquidación No. 167231 del 8 de noviembre de 2023.

"Para efectuar el pago" a través de internet > pagina www.sena.edu.co > Att al Ciudadano > pagos en línea > registra su empresa, en código de usuario el NIT sin DV sin puntos ni comas, y continúe con el procedimiento en la opción, recaudos cartera > contrato de aprendizaje > liquidación de fiscalización No. 167231

NOMBRE EMPRESARIO
CARGO
CEDULA
FIRMA

Fiscalizador

Vo. Bo. Coordinador

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
962621
Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 01-11-23 **Movil No.** Credito Entidad: Sena.

Nombre: Luz Elena Estrada Servicio: 32507934.

Entrega Media 15-20 Hasta la rodilla Talla S- Color Natural.

Observaciones: (M.100.105.5).

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción Luz Elena Estrada Torres
CC 32607934

Hora: _____

OXISALUD

OXIGENO 24 HORAS A DOMICILIO

MODULES VENTAS DE EQUIPOS PARA REHABILITACION

MEDELLIN

atencionalusuario@oxisalud.com.co

www.oxisalud.com.co

CONTRO DE ENTREGAS
Y DEVOLUCIONES No.
96282

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

Fecha: 01-11-23 Móvil No. credito Entidad: Sanar

Nombre: Lyz Tenorio Estrada Servicio: 32307923

Entrega Pedido 15-20 Horas
Observaciones: Medida Talla S- Color Natural
(M. 300.765.5)

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anticipación.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando tallen los líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de los del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer comuníquese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371/2009).
- Con el nombre usted apruebe que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

CIMENTAL

DESPACHADOR MARCA: Alta Flujo Normal NOMA DE TRAMITO:

NUMERO DE SERIE: CODIGO DE BARRAS:

CILINDRO: CODIGO: REGULADOR: Adulto Pediatrico CODIGO:

Nombre quien recibe a satisfacción: Lyz Tenorio Estrada C.C. 32307923

Hora:

Impreso: 2023-10-23

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 10454

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - MEDIAS COMPRESIÓN 15-20 MMHG RODILLAS

HC: 32507934

Favor atender por nuestra cuenta a ESTRADA TORRES LUZ ELENA identificado con el carne 8298832-C Conyuge de DAVILA VALENCIA LUIS ALBERTO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Zapatos Ortopedicos Y/O Plantillas	1	24000	24000

OBSERVACIONES

MEDIAS GRADIENTE 15-20 MMHG HASTA LA RODILLA CON PUNTERA

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Luz Elena Estrada Torres
Recibido a Satisfacción C.C. 32507934

creada por: dicsalazar

Cll 43 sur 47-17
Condom. 16 Milan. -Envigado.
Tel 3137950933.

Impreso: 2023-09-28

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 9270

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - MEDIAS COMPRESIÓN 20-30 MMHG MUSLO

HC: 21416343

Favor atender por nuestra cuenta a HENAO DE ARANGO ESTHER JULIA identificado con el carne 70514651-A Madre-Padre de ARANGO HENAO JESUS BERNARDO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Zapatos Ortopedicos Y/O Plantillas	1	98100	98100

OBSERVACIONES

MEDIAS CON GRADIENTE 20-30 AL MUSLO SIN PUNTERA

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Claudia Vargas 43828399

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: dicsalazar

Sin puntera
Arena o Piel
Talla M.

Orden No.: 131189658 -102

OXISALUD S.A.S
CALL 51 # 57-70, MEDELLIN
PBX: 4445621

Visita No.: -VT-103
Fecha: 05-10-2023
Conductor: ARGEMIRO ARANGO

Paciente	ESTHER HENAO (CC: 21416343)	**Dirección**	Circular 4 No. 71 49 (**Barrio:** LAURELES | **Zona:** OCCIDENTE 1 | **Ciudad:** MEDELLIN)		
Entidad	SENA	**Teléfono**	3137163112	**Celular**	3104459644
Consumo	0 I, 24 hrs	**Tipo**	VENTA PARTICULAR		
Solicitante	ESTHER HENAO	**Parentezco**	EL PACIENTE	**Teléfono**	3104459644
Categoria Paciente	Exonerado				

Equipos Entregados	Cantidad
MEDIA 20-30 A LA RODILLA SIN PUNTERA T-M ARENA - M.100.136.3	1

Equipos Recogidos	Códigos	Cantidad

Claudia Varges
43022397

Recibió ESTHER HENAO \| 21416343 **Entrega** Fecha y Hora de Entrega: 05-10-2023 10:49 **Paciente/Cliente** _____

Nombre y Cédula

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
967366 12

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO
315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 05/10/23 **Movil No.** Campos Entidad: SENA

Nombre: Esta Julia Henao Servicio: _____

1 Media 20-30 Sin portería
talla M Acuna
M. 100.136.3

Observaciones: ST 1489 ET 987

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

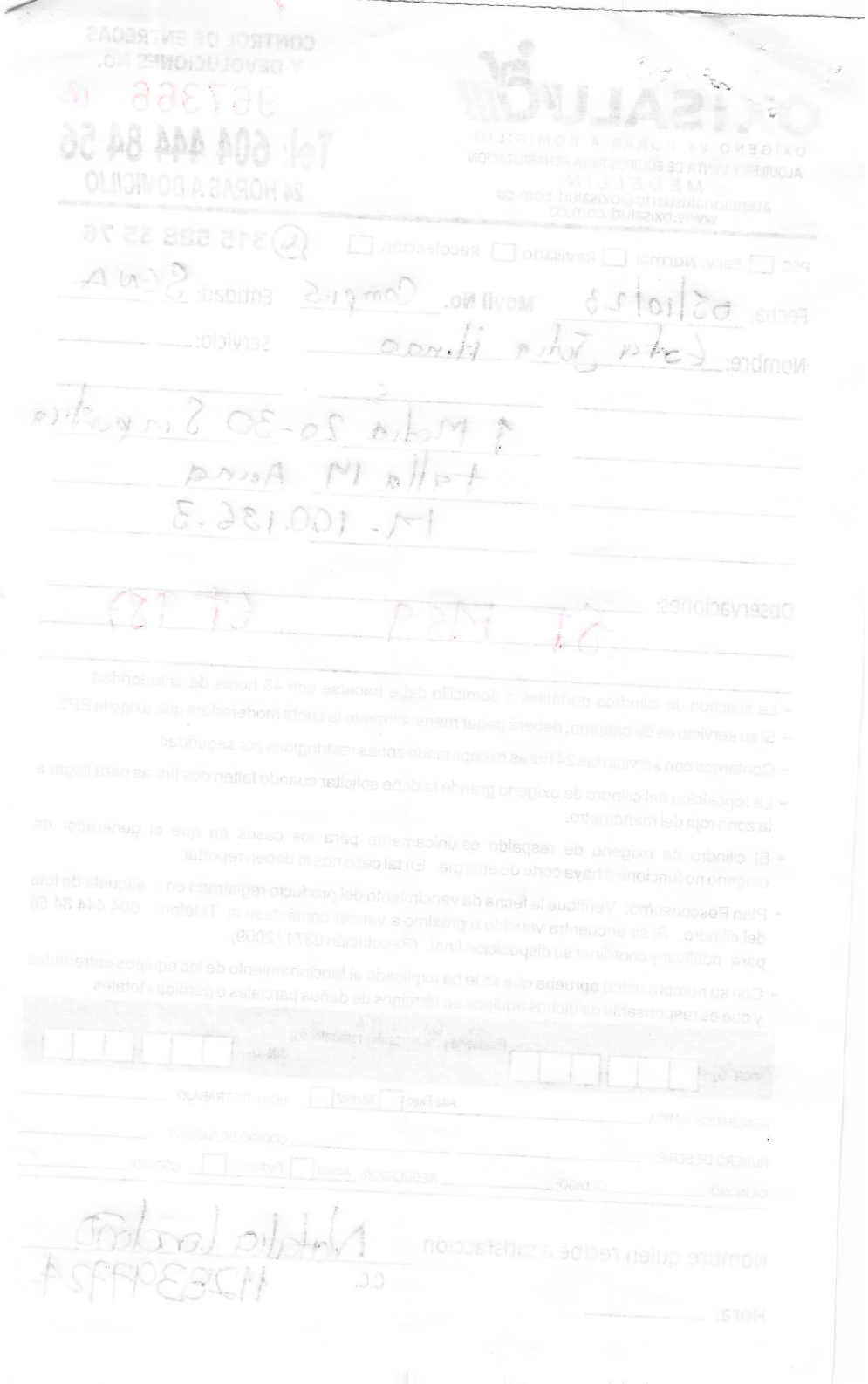
NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción Natalia Londoño

C.C. 1128397724

Hora: _____



Impreso: 2023-09-22

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 9106

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - MEDIAS COMPRESIÓN 15-20 MMHG RODILLAS

HC: 43420315

Favor atender por nuestra cuenta a HENAO MARIN MARIA ISABEL identificado con el carne 15504904-C Conyuge de RIVERA HENAO JUAN BAUTISTA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Zapatos Ortopedicos Y/O Plantillas	1	24000	24000

OBSERVACIONES

MEDIAS CON GRADIENTE 15-20 MMHG HASTA LA RODILLA CON PUNTERA

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 15 504.904

creada por: dicsalazar

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No. 967355

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO
315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 02/10/23 **Movil No.** Compras. Entidad: Credito

Nombre: Maria Isabel. Henao. Servicio: SENA

1 Media 15-20 falta M.

Negro

M.100.106.4

Observaciones: ST 1467 ST 977

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

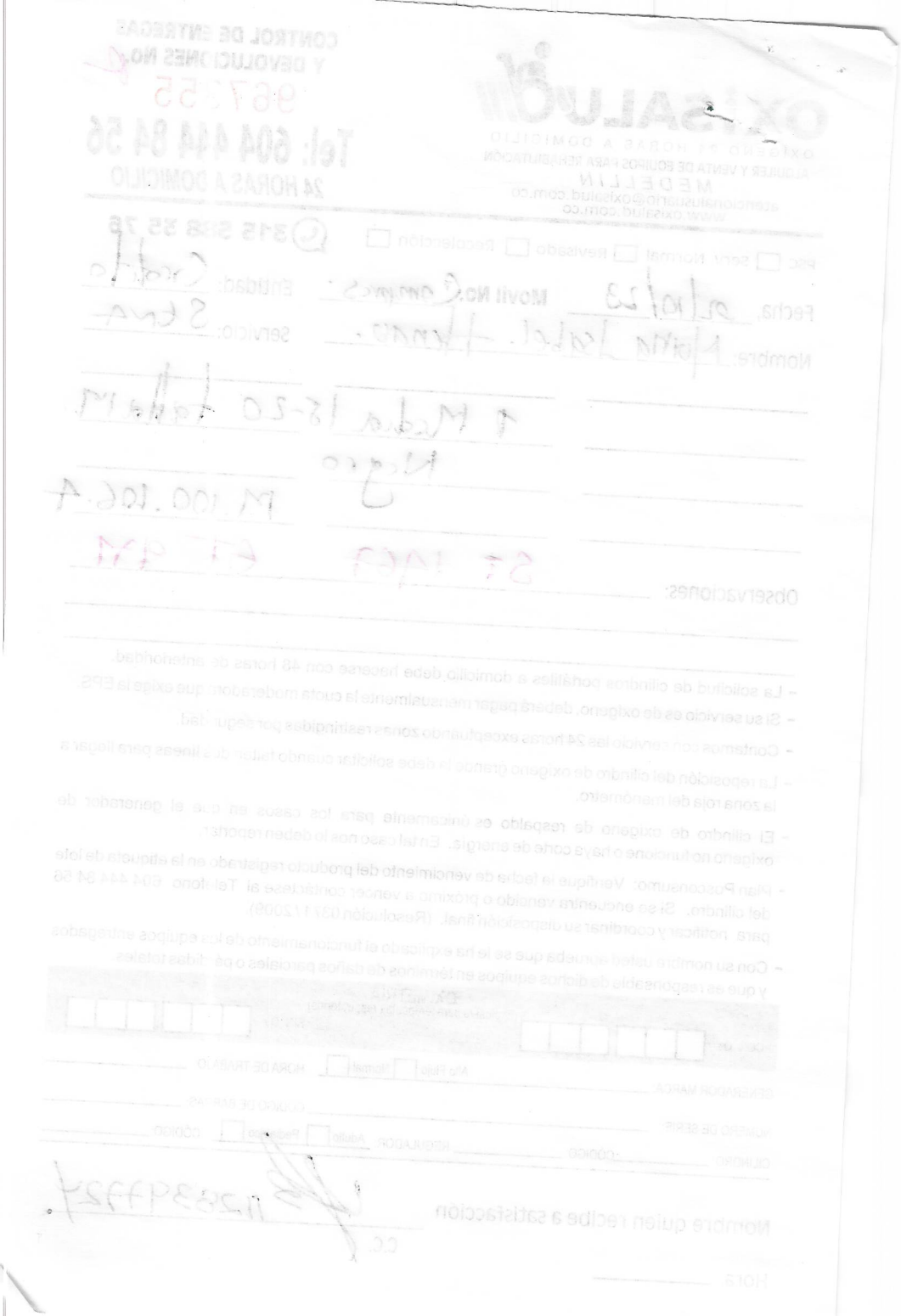
GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción _____ C.C. 1128397724

Hora: _____



Impreso: 2023-10-18

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 10197

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - MEDIAS COMPRESIÓN 15-20 MMHG RODILLAS

HC: 43781794

Favor atender por nuestra cuenta a URREGO LOAIZA MIRIAM DEL SOCORRO identificado con el carne 71761148-C Conyuge de ROJAS CARMONA IVAN DARIO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Zapatos Ortopedicos Y/O Plantillas	1	24000	24000

OBSERVACIONES

MEDIAS GRADIENTE 15-20 MMHG HASTA LA RODILLA CON PUNTERA

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: dicsalazar

OXISALUD

OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

967383 OK

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 24-10-23 **Movil No.** Compra Entidad: Sena

Nombre: Miriam del Socorro Urrego Servicio: _____

1 Media 15-20 a la rodilla T-S
M.100.1053 Arena

Observaciones: ST1574 ET1035

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

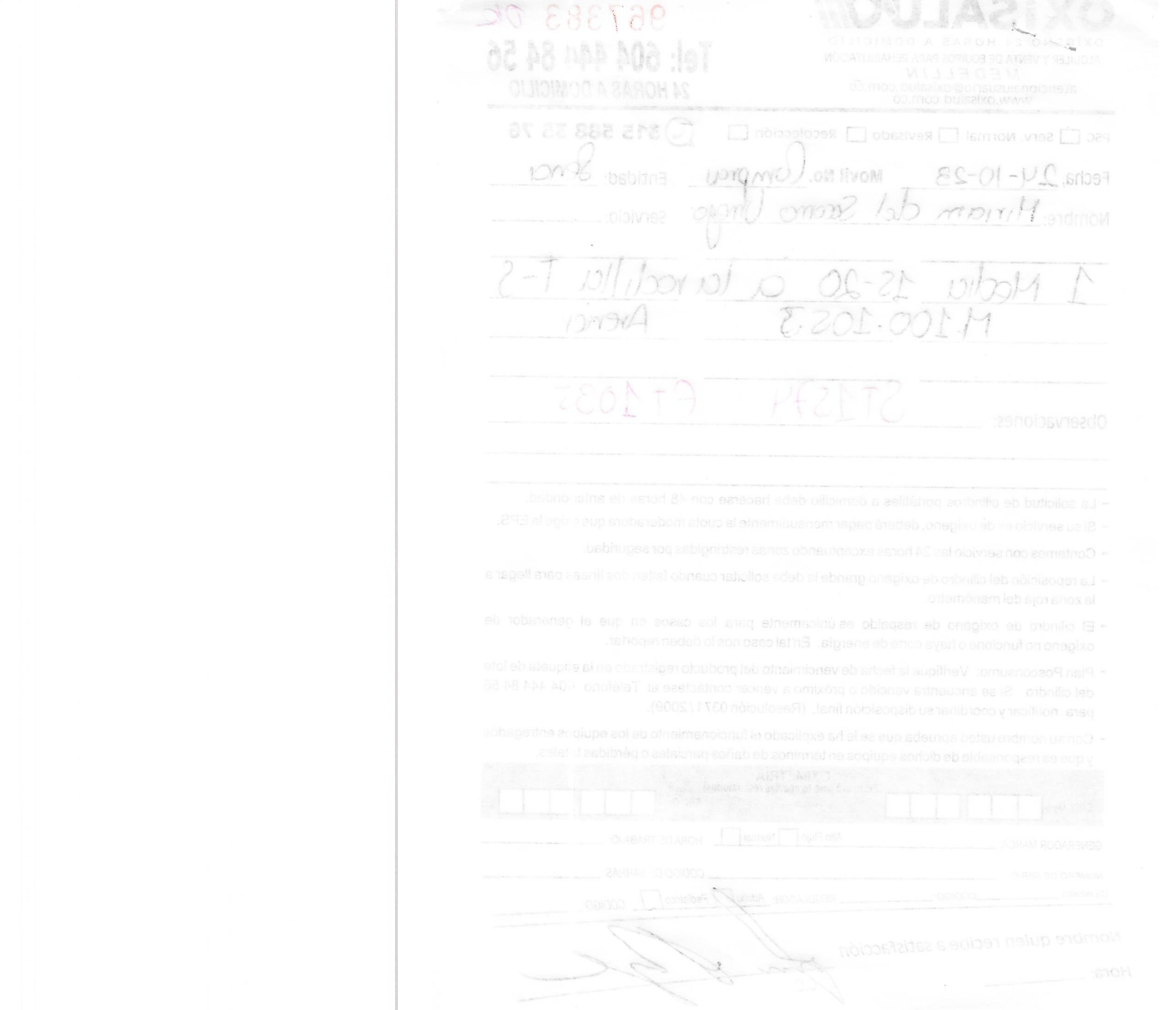
GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☒ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción

Hora: _____ *C.C.*



Impreso: 2023-10-18

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 10139

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - MEDIAS COMPRESIÓN 15-20 MMHG RODILLAS

HC: 21465634

Favor atender por nuestra cuenta a HENAO DE JARAMILLO OLIVA DEL SOCORRO identificado con el carne 21831918-A Madre-Padre de JARAMILLO HENAO MARIA PATRICIA Funcionario del SENA.

D E S C R I P C I Ó N

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Zapatos Ortopedicos Y/O Plantillas	1	0	0

O B S E R V A C I O N E S

MEDIAS CON GRADIENTE 15-20 MMHG HASTA LA RODILLA CON PUNTERA

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 21831918

creada por: dicsalazar

Se hace entrega de medias Indicando que no se reciba devolución, ya que es una Prenda, que no tiene cambio, se entrega bajo la medida Indicada.

* Largo: 38
* pantorr: 32
* Tobillo: 26

dl 29-63-50
Trinidad

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No. 967379 OK

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 21-10-23 **Movil No.** Compras Entidad: Sena

Nombre: Olivia del Socorro Herrao Servicio: _____

1 Media 15-20 a la rodilla t=L
Arena M.100.107.3 Sin puntera.

Observaciones: ST 1550 FT 1022

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA (Exclusivo para terapeutas respiratorios)
CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción _____

Hora: _____ C.C. 21831918

OXISALUD

ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

M E D E L L Í N

atencionalusuario@oxisalud.com.co

www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS
Y DEVOLUCIONES NO.

Tel: 604 444 84 56

24 HORAS A DOMICILIO

pac ☐ serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha: 21-10-23 Movil No. Compra Entidad: Sena

Nombre: Oliva del Socorro Pareja Servicio:

1 Media 15-20 cc la rodilla + = L

Arena M.200.109.3 Sin puntos.

OBSERVACIONES: ST 1350 CT 12022

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anticipación.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas excepto en zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno gratuito se debe solicitar cuando tallen dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de los cilindros. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctenos al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371/2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

Nombre quien recibe a satisfacción

Hora:

CC 21831913

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No. 967362

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO
315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 03/10/23 **Movil No.** Compras Entidad: SENA

Nombre: Liz Maria Gil Servicio:

Silla Estandar Aluminio physiotrauma
E.13.2.B.

Observaciones: ST 1479 ET 980

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA (Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO:

NUMERO DE SERIE: CODIGO DE BARRAS:

CILINDRO: CÓDIGO: REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO:

Nombre quien recibe a satisfacción

C.C. 1.15.360.761

OXISALUD

24 HORAS A DOMICILIO

ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

M.E.D.E.L.I.A.

atencionalusuario@oxisalud.com.co

www.oxisalud.com.co

Tel: 604 444 84 56

24 HORAS A DOMICILIO

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.

961362

Fecha 08/10/23 Movil No. Compras

Nombre Luz Maria Gil Ensilla: Gema

Silla Gatwalk Aluminio Physiotherapy

$ 18.5.3.

Observaciones: ST PAM ST Pao

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anticipación.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno cuando la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de reposito es únicamente para los casos en que se quede sin oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben regresar.
- Plan Postcontauma. Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer comuníquese al Teléfono 604 444 84 56 opción 1 y coordine su disposición final. (Resolución 0371 / 2009)
- Con su firma usted aprueba que se ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

Nombre quien recibe Cedula de ciudadanía No. 1.152.456.347

Hora:

Impreso: 2023-09-27

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 9193

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - SILLA DE RUEDAS VENTA

HC: 21922693

Favor atender por nuestra cuenta a GIL CAÑOLA LUZ MARIA identificado con el carne 15360761-A Madre-Padre de GIL CARLOS TULIO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Silla De Ruedas	1	1180751	1180751

OBSERVACIONES

Silla De Ruedas

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 15.360.761

creada por: dicsalazar

1.026.000

Impreso: 2023-10-13

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 9908

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - MASCARILLA PARA CPAP- BPAP NASAL

HC: 8125032

Favor atender por nuestra cuenta a VARGAS ALVAREZ ANDRES identificado con el carne 8291272-D Hijo de VARGAS RESTREPO SANTIAGO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	233000	233000

OBSERVACIONES

MASCARA INTRANASAL PILLOW

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 32460019

creada por: dicsalazar

oxiSALUD

OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS
Y DEVOLUCIONES No.
967393

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ 315 588 35 76

Fecha, 03/11/23 Movil No. COMPRAS Entidad: TERAPIA.

Nombre: GERALDINE ZAPATA Servicio: _____

- MASCARA NASAL T. S. (5) COD: 0.7.2.74 = 7
- MASCARA INTRANASAL. COD. 0.7.2.75. = 7
- MASCARA NASAL T. M. COD. = 5
- TUBO CORRUGADO. GAS = 6

Observaciones: _____

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxigeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxigeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción Geraldine Z

C.C. 1036651712.

Hora: _____

Impreso: 2023-10-13

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 9923

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - MEDIAS COMPRESIÓN 15-20 MMHG RODILLAS

HC: 34979417

Favor atender por nuestra cuenta a SALAS GUZMAN MARELVIS ISABEL identificado con el carne 6869147-C Conyuge de MURILLO HERNANDEZ LUIS Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Zapatos Ortopedicos Y/O Plantillas	1	57100	57100

OBSERVACIONES

MEDIA 15-20 A LA RODILLA SIN PUNTERA

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 34.979.417

creada por: dicsalazar

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
967376 OC

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 19-10-23 **Movil No.** Compras Entidad: SENA

Nombre: Marelvis Isabel Salas Servicio: _____

1 Media 15-20 a la rodilla sin puntera
T-S Arena M.2.5.23

Observaciones: ST1548 ET1020

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción Marelvis Isabel Salas G.

C.C. 34.979.415

Hora: _____

Impreso: 2023-10-27

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 10659

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - MEDIAS COMPRESIÓN 15-20 MMHG RODILLAS

HC: 43457932

Favor atender por nuestra cuenta a FLOREZ BETANCUR ANA ELENA identificado con el carne 15255198-C Conyuge de AGUDELO ALVAREZ VICTOR MANUEL Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Zapatos Ortopedicos Y/O Plantillas	1	24000	24000

OBSERVACIONES

MEDIAS GRADIENTE 15-20 MMHG HASTA LA RODILLA CON PUNTERA

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Ana Elena Flórez Betancur

Recibido a Satisfacción C.C. 43457932

creada por: dicsalazar

RD. 967305.

Medias Talla S. (M. 100. 105. 5).

Impreso: 2023-10-27

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 10671

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - MUÑEQUERA CON ABRAZADERA

HC: 43457932

Favor atender por nuestra cuenta a FLOREZ BETANCUR ANA ELENA identificado con el carne 15255198-C Conyuge de AGUDELO ALVAREZ VICTOR MANUEL Funcionario del SENA.

D E S C R I P C I Ó N

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

O B S E R V A C I O N E S

Muñequera con férula pulgar ambidiestra
Precio según cotización $ 38.700 + Iva

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Ana Elena Florez B.
Recibido a Satisfacción C.C. 43457932

creada por: dicsalazar

B.2.2.1.1

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
967385 OL

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐

315 588 35 76

Fecha, 27/10/23 **Movil No.** _____ Entidad: SENA.

Nombre: ANA ELENA FLOREZ. BETANCUR. Servicio: _____

- MUNEQUERA FERULA PULGAR TALLA S-M
- MEDIA 15-20 AIA RODILLA T. S. NATURAL.

Observaciones:
ST = 7577
ET = 7037.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA (Exclusivo para terapeutas respiratorios)
CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción Ana Elena Flórez B

Hora: _____ C.C. 43 457 932

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966824

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 11-09-23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena.

Nombre: María de Jesus. Rojas. Servicio: 21285892.

Generador (22821)
Cilindro R (16643)
Cilindro portatil (21520).

Observaciones: Incio de contrato Apartir del 04/09/23.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción Dora Constanza de P.

C.C. 32.513.347

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8565

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 21285872

Favor atender por nuestra cuenta a ROJAS DE PELAEZ MARIA DE JESUS identificado con el carne 17183948-A Madre-Padre de PELAEZ ROJAS LUIS FERNANDO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción

C.C. 32.513347

creada por: dicsalazar

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS

No. 12113

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, M-a de Jesus Rojas P. identificada con cedula de ciudadanía 21285872, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Generador	Serie. (22821)		
Cilindro-P.	Serie (16643)		
Cilindro portatil	Serie. (21520).		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____
En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE: Ana Cordelia Ochoa Pulgarín	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 32 513 347	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año_____
Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966806

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 11-09-23. **Movil No.** _____ Entidad: Seng

Nombre: Ma Balmy Arcila Cl. Servicio: 21362649.

Generador S. 19368.

Regulador Ecno. 7332.

Cilindro portatil 15915.

Observaciones: Inicio de contrato Apartir del 04/09/2023.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)
CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción _____

C.C. 43586406

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8560

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 21362649

Favor atender por nuestra cuenta a ARCILA DE CLAVIJO MARIA BALMY identificado con el carne 70119494-A Madre-Padre de CLAVIJO ARCILA JOHN JAIRO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 43586406

creada por: dicsalazar

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8594

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3

HC: 21362649

Favor atender por nuestra cuenta a ARCILA DE CLAVIJO MARIA BALMY identificado con el carne 70119494-A Madre-Padre de CLAVIJO ARCILA JOHN JAIRO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

ALQUILER DE PIPETA PORTATIL ADICIONAL
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 43586906

creada por: dicsalazar

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS

No. 12103

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, Mza Balmy Arcila C. identificada con cedula de ciudadanía 21362649 con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Generador	Serie 19368		
Regulador. Econo.	Serie. 7332.		
Cilindro portatil.	Serie 15915.		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 1035864406	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____ del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año _____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____ sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966827

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐

315 588 35 76

Fecha, 14-09-23 **Movil No.** _____ Entidad: Sena

Nombre: Maria Cady Lopez V. Servicio: 21363624.

Generador Sene. (22169)

Observaciones: Inicio de Contrato Aparte del 04/09/2023

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción _____

C.C. 8299367

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8571

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 21363624

Favor atender por nuestra cuenta a LOPEZ VANEGAS MARIA LADY MARGUEVITE identificado con el carne 8299367-C Conyuge de MUNOZ PINO WILLIAM DE JESUS Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 8299367

creada por: dicsalazar

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS

No. 12116

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, Ma Lady Lopez V. identificada con cedula de ciudadanía 21363624, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Generador	Sede (22169).		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 8299367	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año _____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966813

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 11-09-23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena

Nombre: María Cigia Lopez. D. Servicio: 21537202.

Generador. (13602).
Cilindro R (1431)
Cilindro portatil (17670).

Observaciones: Inicio de Contrato Aportes del 04/09/23.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)
CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción: _____

Hora: 12:30 pm Sept 18/2023 CC. 39738062

NOTA: RECIBIDO CONFORME REVISIÓN Y/O cambio de Cosedor

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA

Regional: ANTIOQUIA

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8569

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 21537202

Favor atender por nuestra cuenta a LOPEZ DUQUE MARIA LIGIA identificado con el carne 39438662-A Madre-Padre de MOLINA LOPEZ BEATRIZ ELENA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 39438662

Hora: 12:30 Sept 18/2023

Nota: Paciente con Concentrador urgente reparación y/o cambio de Condensador (tiene pitidera)

creada por: dicsalazar

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS **No.** 12117

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, María Ligia Lopez. identificada con cedula de ciudadanía 21537202 con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Generador.	Serie (13602)		
Cilindro R.	Serie (1471)		
Cilindro portatil	Serie (17670).		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
_____	_____	_____
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C._____	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año_____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966821
Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 16-09-23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena

Nombre: Maria Alicia Echaverri Servicio: 21835542.

Generador (10736)
Cilindro R (9462)
Cilindro Portatil (7399).

Observaciones: Inicio de contacto Apartir del 04/09/23.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción Piedad Echeverri.
C.C. 39181413

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8563

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 21835542

Favor atender por nuestra cuenta a ECHEVERRI DE ECHEVERRI MARIA ALICIA identificado con el carne 15375309-A Madre-Padre de ECHEVERRI ECHEVERRI LUIS CONRADO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Piedad Echeverry. 39'181.413
Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: dicsalazar

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS

No. 12121

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, María Alicia Echeverri identificada con cedula de ciudadanía 21835542, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Cilindro Portatil	Serie (7399)		
Generador.	Serie (10736)		
Cilindro R.	Serie (9462).		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
_____	Piedad Echeverry	_____
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 39181413	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____ del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año _____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:** Piedad Echeverry	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: 39181413	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____ sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:** Piedad Echeverry	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: 39181413	

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966825

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐

315 588 35 76

Fecha, 11-09-23 **Movil No.** _____ Entidad: Sena

Nombre: María Adelfa. Tamayo Servicio: 21825724.

Generador. (26444)
Cilindro R. (14145)
Cilindro Portatil (66671)

Observaciones: Unico de Contrato. Aparbl. del 04/09/23.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción _____
C.C. 35138040

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8580

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 21825724

Favor atender por nuestra cuenta a TAMAYO DE CORREAL MARIA ADELFA identificado con el carne 3513840-A Madre-Padre de CORREAL TAMAYO LUIS HERNANDO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 35138440

creada por: dicsalazar

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS

No. 12114

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, M-a Adelfa Tamayo identificada con cedula de ciudadanía 21825724, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Generador	Serie. (26449)		
Cilindro R.	Serie. (14145)		
Cilindro Portatil	Serie. (6667)		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
_____	_____	_____
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 3519840	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____ del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año _____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____ sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966819

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 12-09-23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena

Nombre: María Teresa. Velasquez Servicio: 21859157.

Generador (19029)
Cilindro R (10742)
Cilindro portatil (10532).

Observaciones: Inicio de contrato.
A partir del 04/09/23.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción * Teresa Velasquez
C.C. 21859157

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8574

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 21859157

Favor atender por nuestra cuenta a VELASQUEZ DE MONSALVE MARIA TERESA identificado con el carne 98501408-A Madre-Padre de MONSALVE VELASQUEZ ANTONIO DE PADUA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

x Teresa Velasquez
Recibido a Satisfacción C.C. 21859157

creada por: dicsalazar

Impreso: 2023-09-29

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 9304

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3

HC: 21859157

Favor atender por nuestra cuenta a VELASQUEZ DE MONSALVE MARIA TERESA identificado con el carne 98501408-A Madre-Padre de MONSALVE VELASQUEZ ANTONIO DE PADUA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

ALQUILER DE PIPETA PORTATIL ADICIONAL ORDEN VALIDA HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

x Teresa velasquez

Recibido a Satisfacción C.C. 21854157

creada por: dicsalazar

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS **No. 12119**

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, María Teresa Velasquez identificada con cedula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Generador.	(19029)		
Cilindro R.	(10532)		
Cilindro portatil	(8742)		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
_____	Teresa Velasquez	_____
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 21859157	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____ del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año _____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____ sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD

OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966810

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐

315 588 35 76

Fecha, 18-09-23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena

Nombre: Maria Lucila Duque Servicio: 2249359.

Generador - 14926 Caminador - 26303.

Regulador - 16492.

Cilindro portatil - 23414

Observaciones: Inicio de Contrato. Apartir del. 04/09/23.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción _____

C.C. 22.052 218

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8570

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 22049359

Favor atender por nuestra cuenta a DUQUE DE CARDONA MARIA LUCILA identificado con el carne 21871369-A Madre-Padre de CARDONA DUQUE LUZ EDILMA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 22·052·218

creada por: dicsalazar

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8591

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CAMINADOR ORTOPEDICO ALQUILER

HC: 22049359

Favor atender por nuestra cuenta a DUQUE DE CARDONA MARIA LUCILA identificado con el carne 21871369-A Madre-Padre de CARDONA DUQUE LUZ EDILMA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

CAMINADOR ALQUILER
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 22.052.218

creada por: dicsalazar

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS

No. 12105

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, M-a Lucila Duque. identificada con cedula de ciudadanía 22049389, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Generador.	Serie 14926	Caminador.	Serie 26303.
Regulador.	Sene 16492		
Cilindro portatil.	Serie 23414.		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

OXISALUD

OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966839

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 15-09-23 **Movil No.** _____ Entidad: Sena

Nombre: Heralia Henao. Servicio: 22112951

Generador (19547)
Regulador (1872)
Cilindro Portatil (21007)

Observaciones: Inicio de contrato apartir del 04/09/23

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción Liliana Rit

C.C. 42688569

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8564

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 22112951

Favor atender por nuestra cuenta a HENAO DE RIVERA HERCILIA identificado con el carne 15504904-A Madre-Padre de RIVERA HENAO JUAN BAUTISTA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

* Jilvana RH . 4268856

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: dicsalazar

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS

No. 12110

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, Hercilia Hoyos R. identificada con cedula de ciudadanía 22112951, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Generador	(19547) Serie		
Regulador	Serie (1872)		
Cilindro Portatil	Serie (21007)		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	POR PARTE DEL PACIENTE	POR PARTE DEL CODEUDOR:
OXISALUD S.A.S. NIT. _____	NOMBRE: Liliana RH C.C. 42688569	NOMBRE: C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____ del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año _____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	CODEUDOR:	Huella
_____ NOMBRE: _____ C.C. _____		_____ NOMBRE: _____ C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____ sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	CODEUDOR:	Huella
_____ NOMBRE: _____ C.C. _____		_____ NOMBRE: _____ C.C: _____	

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966812

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 13-09-23. **Movil No.** _____ Entidad: Sura.

Nombre: Maria Hermelina. Holguín Servicio: 22168719.

Generador (14943)

Cilindro (14148).

Observaciones: Inicio de Contrato. Apartir del 04/09/2023.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción ESTEFANIA LOPERA

C.C. 1.041.148.863

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8572

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 22168719

Favor atender por nuestra cuenta a HOLGUIN DE BERRIO MARIA HERMELINA identificado con el carne 15500844-A Madre-Padre de BERRIO HOLGUIN HECTOR RAUL Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

ESTEFANIA LOPERA

Recibido a Satisfacción C.C. 1.041.148.863

creada por: dicsalazar

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS

No. 12109

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, María Hermelina Holguín identificada con cedula de ciudadanía 22168719, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Generador.	Serie (14943)		
Cilindro	Serie (14148).		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
*	ESTEFANIA LOPERA	
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 1041.148863	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año_____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD

OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966822

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, _____ **Movil No.** _____ Entidad: Sena.

Nombre: Josefina Clavijo B. Servicio: 26523078.

Generador (20008)

Observaciones: Inicio de Contrato apartir del 04/09/2023.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción _____

C.C.

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8562

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 26523078

Favor atender por nuestra cuenta a CLAVIJO DE BARRAGAN JOSEFINA identificado con el carne 12270218-A Madre-Padre de BARRAGAN CLAVIJO NAPOLEON Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacci

creada por: dicsalazar

Paciente está en el Huila.
Va a hacer la gestión para devolver los equipos cuando llegue a Medellin.

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS

No. 12106

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, Josefina Cleuto. identificada con cedula de ciudadanía 26523098. con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Generador.	Serie (20008)		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones.** Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____
En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
_____	_____	_____
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C._____	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____ del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año_____
Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____ sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD

OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966823

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 12-09-23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena.

Nombre: Beatriz Elena. Bermudez Servicio: 42968866.

Generador. (6479)
Regulador. (16313)
Cilindro. portatil. (20991)

Observaciones: Inicio de. contrato Apartir. del. 04/09/23.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción * Adrian Zapata G.
C.C. 1017276742

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8568

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 42968866

Favor atender por nuestra cuenta a BERMUDEZ TABORDA BEATRIZ ELENA identificado con el carne 15424403-C Conyuge de GOMEZ RENDON SERAFIN EUGENIO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 1017276742

creada por: dicsalazar

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS

No. 12107

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, Beatriz Elena B. identificada con cedula de ciudadanía 42960866, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Generador	Serie (6977)		
Reguladors.	Serie (16313)		
Cilindro portatil.	Serie (20991).		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
* _____	* Adrián Zapata G.	_____
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 1017276742	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____ del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año _____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____ sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

102

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966814

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐

315 588 35 76

Fecha, 15-09-23 **Movil No.** _____ Entidad: Sena.

Nombre: María Fabiola Vasquez. Servicio: 42974284.

Generador (11634)
Cilindro R (9912)

Observaciones: Inicio de contrato Apartir del 04/09/2023.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción [signature] 42974284
C.C.

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8567

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 42974284

Favor atender por nuestra cuenta a VASQUEZ ZAPATA MARIA FABIOLA identificado con el carne 8430971-A Madre-Padre de LOPEZ VASQUEZ CARLOS ANDRES Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 42974284

creada por: dicsalazar

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS

No. 12118

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, Mario Fabiola Vasquez. identificada con cedula de ciudadanía 42974284 con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Generador	(Serie 11634)		
Cilindro.	(Serie 9912).		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
_____	_____	_____
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 1297428 4	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año_____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD

OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966826

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 18/09/23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena.

Nombre: Orlanda de Jesus. Muñoz Servicio: 42998101

Generador (11659)
Cilindro R. (11337)
Cilindro portatil (8977)

Observaciones: Inicio de contrato. apartir. del 04/09/2023.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción Yuliana Bermud

C.C. 1072087xx

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8566

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 42998101

Favor atender por nuestra cuenta a MUÑOZ DE TOBON ORLANDA DE JESUS identificado con el carne 43813303-A Madre-Padre de TOBON MUÑOZ VERONICA MARIA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 70720874

creada por: dicsalazar

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS **No. 12115**

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, Orlando Muñoz T identificada con cedula de ciudadanía 4298101. con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Generador	Serie (11659)		
Regulador C.	Serie (11827)		
Cánula portátil.	Serie. (89773).		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
_____	_____	_____
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 1020	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año_____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966807

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 12-09-23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena

Nombre: Blanca Ligia Hernandez Servicio: 4358623.

Generador. S: 21136

Regulador S: 15023.

Cilindro portátil S: 23439.

Observaciones: Inicio de contrato Aportar Ord. 04/09/23.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción Doberlina Berta B
C.C. 43433675 Bello

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8561

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 43586248

Favor atender por nuestra cuenta a HERNANDEZ OSPINA BLANCA LIGIA identificado con el carne 71618279-A Madre-Padre de FLOREZ HERNANDEZ WILLIAM Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 43433675

creada por: dicsalazar

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS

No. 12104

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, Blanca Ligia Hernandez identificada con cedula de ciudadanía 43586248 con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Generador.	Serie 21136		
Regulador.	Serie 15023.		
Cilindro portatil.	Serie. 13439		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
* _____	* Doberlina Uerta B.	_____
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 43433675 Bello	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año_____
Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966828
Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 14-09-23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena

Nombre: Maria Teresa. Camarazo. Servicio: 32412270.

Cpap. Alquiler. (13312)

Observaciones: Inicio de Contrato Apartir. del 04/09/23.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)
CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción _____

C.C. 71670624

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8593

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 32412270

Favor atender por nuestra cuenta a CAMARAZA DE SANCHEZ MARIA TERESA identificado con el carne 6081836-C Conyuge de SANCHEZ GARCIA NESTOR Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

CPAP STANDAR - ALQUILER
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 71670624

creada por: dicsalazar

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS **No.** 12122

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, María Teresa Camargo identificada con cedula de ciudadanía 32412270, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

CPAP.	Sene (13312).		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
_____	_____	_____
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 71670624	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año_____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966815

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 18/09/23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena

Nombre: Maria Edith Torres. Servicio: 32396418

Generador (6860)
Regulador (12412)
Cilindro portatil (18360).

Observaciones: Inicio de contrato. apartir del 04/09/2023.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)
CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción _____

C.C. 40036453

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8573

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 32396418

Favor atender por nuestra cuenta a TORRES ROLDAN MARIA EDITH identificado con el carne 70036453-C Conyuge de LOPEZ JIMENEZ JUAN GUILLERMO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 70036453

creada por: dicsalazar

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS

No. 12111

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, M-a edith. Torres. R identificada con cedula de ciudadanía 32396418, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Generador	Sene (6860)		
Regulador	Sene (1244 12).		
Cilindro portatil	Sene (18360)		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
_____	_____	_____
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 70036453	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____ del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año _____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____ sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD

OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO

ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

MEDELLIN

atencionalusuario@oxisalud.com.co

www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.

966817

Tel: 604 444 84 56

24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 11-09-23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena.

Nombre: Mari Luz Betancur. Servicio: 32483330.

Generador (10711).

Regulador (22444).

Cilindro portatil (26940).

Observaciones: Inicio de Contrato Apartil del 11-09-23.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción [signature]

C.C. 32483330

Hora: _____

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS **No.** 12136

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, Mª Luz Betancur, identificada con cedula de ciudadanía 32483330, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Generador	Serie 10711		
Regulador	Serie 22444		
Cilindro portatil.	Serie 26940.		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
_____	_____	_____
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 3248333 D	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año_____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8575

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 32483330

Favor atender por nuestra cuenta a BETANCUR DE MONTOYA MARIA LUZ identificado con el carne 4327449-C Conyuge de MONTOYA DIAZ SALVADOR Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 32483330

creada por: dicsalazar

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966816

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐

315 588 35 76

Fecha, 14/09/23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena.

Nombre: Luis Carlos. Restrepo. Servicio: 539371.

Generador (8642).
Cilindro (13904).

Observaciones: Inicio de contratación aprox. del 04/09/2023.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción Isabel Rpo

C.C. 42973962

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA

Regional: ANTIOQUIA

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8576

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 539371

Favor atender por nuestra cuenta a RESTREPO GUTIERREZ LUIS CARLOS identificado con el carne 43026957-B Madre-Padre de RESTREPO BETANCUR SOFIA TERESA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción

C.C. 42973962

creada por: dicsalazar

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS **No.** 12112

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra Luis Carlos Restrepo identificada con cedula de ciudadanía 539371, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Generador	(8642) Serie.		
Cilindro.	(13904) Serie		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
X _____	Isabel Rpo	_____
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 42973962	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____ del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año _____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____ sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD

OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966804

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 15-09-23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena.

Nombre: Mza Gabriela Villegas. Servicio: 22195986.

Generador: 4279.

Cilindro: 15595.

Regulador: 26767.

Observaciones: Inicio de Contrato Apartir. del 04/09/2023.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción Flor Gonzalez
C.C. 42896175

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8577

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 22195986

Favor atender por nuestra cuenta a VILLEGAS BURITICA MARIA GABRIELA identificado con el carne 71654061-A Madre-Padre de GONZALEZ VILLEGAS CARLOS ALBERTO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

*Flor Gonzalez
Recibido a Satisfacción C.C. 42896175

creada por: dicsalazar

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS

No. 12102

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, M-a Gabriela Villegas identificada con cedula de ciudadanía 22195486 con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Generador.	Serie: 4279		
Cilindro.	Serie: 15595.		
Regulador.	Serie: 26767.		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
_____	Flor Gonzalez	_____
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 42896175	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año_____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD

OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966803

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 18/09/23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena.

Nombre: Marco Tulio Ospina N. Servicio: 758186.

Generador= 25874

Regulador.= 11762.

Cilindro Portatil.= 18743.

Observaciones: Inicio de contrato Apartir del 04/09/2023.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción Paciente No firma. Indica recoleccion. C.C. de equipos el 14/09/23.

Hora: _____

len No.: 131183895 -44

OXISALUD S.A.S
Calle 29 No.65-46 Barrio Trinidad-Medellin,
PBX: (4)4448456-3514747
Whatsapp: 3155883576
Email: atencionalusuario@oxisalud.com.co
Web: www.oxisalud.com.co

Visita No.: -VT-40
Fecha: 15-09-2023
Conductor: DUVAN JARAMILLO

Paciente	MARCO OSPINA (CC: 758186)	Dirección	Carrera 81 No. 49 F 58 PISO 1 (Barrio: CALASANZ | Zona: OCCIDENTE 1 | Ciudad: MEDELLIN)		
Entidad	SENA	Teléfono	3108372822	Celular	3108372822
Consumo	I. hrs	Tipo	RECOGIDA TOTAL		
Solicitante	SENA	Parentezco	RESPONSABLE	Teléfono	3108372822
Categoria Paciente	Exonerado				

Equipos Entregados	Cantidad

Equipos Recogidos	Códigos	Cantidad
REGULADOR	11762	1
GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO	25874	1
REGULADOR VOLANTE PEDIATRICO	26631	1
CARRO PORTATIL	11323	1
CILINDRO PORTATIL	18743	1
CILINDRO	27131	1

15421209

cibió Luis ospina | 15421209 **Entrega** Fecha y Hora de Entrega: 15-09-2023 15:15 **Paciente/Cliente**

Nombre y Cédula

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8601

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 758186

Favor atender por nuestra cuenta a OSPINA NARANJO MARCO TULIO identificado con el carne 15424909-B Madre-Padre de OSPINA OSPINA LUIS ALBERTO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

* Paciente. NO firma.

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: dicsalazar

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS

No. 12101

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, Marco Tulio Ospina identificada con cedula de ciudadanía 758186, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Generador.	Serie: 25874.		
Regulador.	Serie: 11762.		
Cilindro portatil	Serie: 18743.		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
_____	Paciente NO firma.	_____
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C._____	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año_____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966820

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 12-09-23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena

Nombre: Blanca Ines. Marin Servicio: 22441728.

Generador. (16905).
Cilindro P (10613)
Cilindro Portatil. (15309)

Observaciones: Incio de Contrato Apartir del 04/09/23.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción Blanca Marin M.
C.C. 22441728

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8579

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 22441728

Favor atender por nuestra cuenta a MARIN MONTOYA BLANCA INES identificado con el carne 3304736-C Conyuge de GALEANO MUNOZ HECTOR LEONARDO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

* Blanca Marin M
Recibido a Satisfacción C.C 22441728

creada por: dicsalazar

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS **No. 12120**

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, Blanca Ines. Marin. identificada con cedula de ciudadanía 22441728, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Generador.	Serie (16905)		
Cilindro R	Serie (10613)		
Cilindro portatil.	Serie (15309)		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
_____	Blanca Marín M.	_____
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 22 441 728	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año_____
Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966832

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 11-09-23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena.

Nombre: Alfonso de Jesus. Cifuentes Servicio: 656957.

Bpap - Alquiler (19717).

Observaciones: Inicio de Contrato Apartir del 04/09/23.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción ESTEFANIA LOPERA

C.C. 1.041.148.863

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8582

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - BPAP SENCILLO

HC: 656957

Favor atender por nuestra cuenta a CIFUENTES PEREZ ALFONSO DE JESUS identificado con el carne 51703092-B Madre-Padre de CIFUENTES MAYA OLGA LUCIA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

BPAP AUTOMATICO-ALQUILER
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

* ESTEFANIA LOPERA
Recibido a Satisfacción C.C. 1041.148.863

creada por: dicsalazar

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS

No. 12126

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, Alfonso de Jesus Cifuentes, identificada con cedula de ciudadanía 6569577 : con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____ , con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

BPAP- Aguiler.	(Serie. 19717)		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
*	ESTEFANIA LOPERA	
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 1.041.148.863	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____ del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año _____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____ sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966835

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐

315 588 35 76

Fecha, 11-09-23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena.

Nombre: Andres Vargas Alvarez Servicio: 8125092.

Cpap- Alquiler. (18593).

Observaciones: Inicio de Contrato Apartir del 04/09/23.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción Omaira Alvarez

C.C. 32408380

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8584

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 8125032

Favor atender por nuestra cuenta a VARGAS ALVAREZ ANDRES identificado con el carne 8291272-D Hijo de VARGAS RESTREPO SANTIAGO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

CPAP STANDAR - ALQUILER
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

* Omaira Alvarez
Recibido a Satisfacción C.C 32408380

creada por. dicsalazar

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS

No. 12130

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, Andres Vargas Alvarez. identificada con cedula de ciudadanía 8125032, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Cpap- Alquiler.	Serie (18513).		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	POR PARTE DEL PACIENTE	POR PARTE DEL CODEUDOR:
OXISALUD S.A.S. NIT. _____	Omaira Alvarez NOMBRE: C.C. 32408380	NOMBRE: C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año_____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	CODEUDOR:	Huella
_____ NOMBRE: _____ C.C. _____		_____ NOMBRE: _____ C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	CODEUDOR:	Huella
_____ NOMBRE: _____ C.C. _____		_____ NOMBRE: _____ C.C: _____	

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966838

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 12-09-23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena.

Nombre: Maryluz. Moreno Bedoya Servicio: 20181495.

Cpap- Alquiler (14878).

Observaciones: Inicio de Contrato Apartir. del 04/09/23.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción Maryluz Moreno Bedoya

C.C. 20181495

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8585

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 20181495

Favor atender por nuestra cuenta a MORENO DE BEDOYA MARY LUZ identificado con el carne 2862511-C Conyuge de BEDOYA PULGARIN GABRIEL DARIO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

CPAP STANDAR - ALQUILER
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Mary L. de Bedoya
Recibido a Satisfacción C.C 20181495

creada por: dicsalazar

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS **No.** 12133

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, MARY LUZ MORENO B. identificada con cedula de ciudadanía 20181495, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

CPAP. Alquiler.	(Serie 14873)		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
X _____	_____	_____
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 1001814 [illegible]	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año _____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Articulo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966836

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 11-09-23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena.

Nombre: Martha Lia Piedrahita R. Servicio: 21343785

BPAP - Alquiler (15097).

Observaciones: Inicio de Contrato. Apartir. del 04/09/23.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción Victoria Ramirez

Hora: _____ C.C. 32534097

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8581

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - BPAP SENCILLO

HC: 21343785

Favor atender por nuestra cuenta a PIEDRAHITA DE RAMIREZ MARTHA LIA identificado con el carne 32534097-A Madre-Padre de RAMIREZ PIEDRAHITA MARIA VICTORIA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

BPAP AUTOMATICO-ALQUILER
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 32534097

creada por: dicsalazar

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS **No.** 12131

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, Martha Lia Piedrahita identificada con cedula de ciudadanía 21343785; con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

BPAP - Alquiler	(Serie 15097)		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
_____	_____	_____
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 21.343.785	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año_____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966831

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 14-09-23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena

Nombre: Noelia del Socorro Galvis Servicio: _____

CPAP - Alquiler. (18079).

Observaciones: Inicio de Contrato Apartir del 04/09/23.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción Noelia Galvis

C.C. 22129512

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8586

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 22129512

Favor atender por nuestra cuenta a GALVIS DE VASCO NOELIA DEL SOCORRO identificado con el carne 1045048309-A Madre-Padre de VASCO GALVIS JOHN DAIRO Funcionario del SENA.

D E S C R I P C I Ó N

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

O B S E R V A C I O N E S

CPAP STANDAR - ALQUILER
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

*Noelia Galvis 22129512.
Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: dicsalazar

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS **No. 12125**

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, Noelia S. Gladis V. identificada con cedula de ciudadanía 22129512, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

CPAP - Alquiler	Serie (180788)		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
X _____	X Nadia Galvis	_____
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 22129512	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año_____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

4 of 7

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966834

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐

315 588 35 76

Fecha, 12-09-23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena

Nombre: Alba Lucia Isaza. Zuluaga. Servicio: 32313696.

CPAP- Alquiler. (11511).

Observaciones: Inicio de contrato Apartir del 04/09/23.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción

C.C. 6914905

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8588

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 32313686

Favor atender por nuestra cuenta a ISAZA DE ZULUAGA ALBA LUCIA identificado con el carne 8314905-C Conyuge de ZULUAGA ARCILA JAIME ALIRIO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

CPAP STANDAR - ALQUILER
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción

8314905 C.C.

creada por: dicsalazar

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS

No. 12129

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, Alba Lucia Isaza. identificada con cedula de ciudadanía 32313686, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Cpap- Alquiler.	Serie (11511).		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
OXISALUD S.A.S. NIT. _____	NOMBRE: C.C. 1004	NOMBRE: C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año_____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
NOMBRE: _____ C.C. _____		NOMBRE: _____ C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
NOMBRE: _____ C.C. _____		NOMBRE: _____ C.C: _____	

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966830

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 18-09-23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena

Nombre: Clara Ofelia Zuluaga P Servicio: 32345277.

CPap- Alquiler. (14101)

Observaciones: Inicio de Contrato Apartir. del 04/09/23.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)
CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción Mateo Mejia P

C.C. 1000 409 004

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA

Regional: ANTIOQUIA

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8589

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 32345277

Favor atender por nuestra cuenta a ZULUAGA DE POSADA CLARA OFELIA identificado con el carne 43562551-A Madre-Padre de POSADA ZULUAGA XIOMARA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

CPAP STANDAR - ALQUILER
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 1000 409 009

creada por: dicsalazar

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS **No.** 12124

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, Clara Ofelia Zuluaga identificada con cedula de ciudadanía 32345277; con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

CPap.- Alquiler	(Serie. 14304).		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE: Mateo Mejía Posada	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 1.000.409.068	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año_____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966833

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐

315 588 35 76

Fecha, 18-09-23 . **Movil No.** _____ Entidad: Sena

Nombre: Maria Cristina Cardona Servicio: 324398444.

Cpap - Alquiler. (14359)

Observaciones: - Inicio de contrato Apartir del 04/09/23.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción

C.C.

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8587

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 32439844

Favor atender por nuestra cuenta a CARDONA MACIAS MARIA CRISTINA identificado con el carne 17047959-C Conyuge de NARVAEZ BURBANO GUILLERMO RAUL Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

CPAP STANDAR - ALQUILER
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

17.047.959

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: dicsalazar

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS **No.** 12127

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, María Cristina Cardona identificada con cedula de ciudadanía 32439944 con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

CPap- Alquiler.	Serie (143591)		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
_____	_____	_____
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE: Guillermo Narvaez	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 17.047.959	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año_____
Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966840

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐ **315 588 35 76**

Fecha, 15-09-23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena

Nombre: Cristina Zuleta U. Servicio: 43973139

Bpap- Alquiler (851)

Observaciones: Inicio de contrato Apartir del 04/09/23

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción Elsa Dary Uribe

C.C. 43 973 139

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8583

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - BPAP SENCILLO

HC: 43973139

Favor atender por nuestra cuenta a ZULETA URIBE CRISTINA identificado con el carne 43045194-E Hijo de URIBE ECHAVARRIA LUZ DARY Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

BPAP AUTOMATICO-ALQUILER
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

* Luz Dary Uribe
Recibido a Satisfacción C.C. 43973139

creada por: dicsalazar

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS **No. 12123**

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, Cristina Zuleta. V. identificada con cedula de ciudadanía 43973139, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Bpap - Alquiler.	Serie (8051)		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
_____	Luz Dary Uribe	_____
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE:	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. 43973139	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____ del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año _____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____ sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
_____		_____	
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN
MEDELLIN
atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No.
966837

Tel: 604 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐

315 588 35 76

Fecha, 18/09/23. **Movil No.** _____ Entidad: Sena.

Nombre: Mateo Mejia Posada. Servicio: 1000409009.

Cpap- Alquiler. (25868).

Observaciones: Inicio de Contrato Apartir del 04/09/23.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxígeno de respaldo es únicamente para los casos en que el generador de oxígeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 604 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su nombre usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados y que es responsable de dichos equipos en términos de daños parciales o pérdidas totales.

OXIMETRÍA
(Exclusivo para terapeutas respiratorios)

CON O_2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O_2 ☐☐☐ ☐☐☐

GENERADOR MARCA: _____ Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

CILINDRO: _____ CÓDIGO: _____ REGULADOR: Adulto ☐ Pediatrico ☐ CÓDIGO: _____

Nombre quien recibe a satisfacción

C.C. 1000 409 009

Hora: _____

Impreso: 2023-09-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ANTIOQUIA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 8590

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 1000409009

Favor atender por nuestra cuenta a MEJIA POSADA MATEO identificado con el carne 43562551-D Hijo de POSADA ZULUAGA XIOMARA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

CPAP STANDAR - ALQUILER
ORDEN VALIDA DESDE 07/09/2023 HASTA EL 31/10/2023.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 1000 409 009

creada por: dicsalazar

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

OXISALUD S.A.S. - NIT. 811.013.645-9
Calle 29 No. 65-46 Barrio Trinidad - Medellín - Teléfono: 604 444 8456 - 315 5883576
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES – EQUIPOS MÉDICOS

No. 12132

Por una parte, **OXISALUD S.A.S**, sociedad comercial domiciliada en Medellin, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará **EL PROPIETARIO** y, por la otra, Mateo Mejia Posada. identificada con cedula de ciudadanía 1000401909, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL PACIENTE** y, finalmente, _____ identificada con cédula de ciudadanía _____, con domicilio en _____, que en adelante se denominará **EL CODEUDOR**, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante **EQUIPOS MÉDICOS**, que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al **PACIENTE** el uso y goce del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos a continuación:

Cpap- Aquila.	Serie (.25868)		

PARAGRAFO PRIMERO. EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. **SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE** se compromete con **EL PROPIETARIO** a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO – CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. El PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. **PARAGRAFO PRIMERO.** Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigido por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). **PARAGRAFO SEGUNDO.** Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. **PARAGRAFO TERCERO**. El PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. **TERCERA. Plazo**. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. **CUARTO. Terminación.** El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), iii) incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. **PARAGRAFO.** Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. **QUINTO. Obligaciones.** Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: **POR PARTE DEL PACIENTE.**1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 5) Suscribir todos los documentos que sean necesarios para que se pueda prestar el servicio. 6) Pagar oportunamente el COPAGO – CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento. 7) Restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron. 8) Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 9) Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). **POR PARTE DEL PROPIETARIO** 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. **SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos**. El PACIENTE acepta que conoce las políticas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el país, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008, de toda la información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. **SÉPTIMA. Mérito ejecutivo.** Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en

cuenta que son claras expresas y exigibles. **OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones.** Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. **NOVENA. Codeudor.** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el **CODEUDOR** se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de **EL PROPIETARIO**, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. **DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal:** Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. **DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones**. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65 – 46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: _____, Correo electrónico: _____ CODEUDOR: _____

En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los _____

POR PARTE DEL PROPIETARIO	**POR PARTE DEL PACIENTE**	**POR PARTE DEL CODEUDOR:**
*		
OXISALUD S.A.S.	NOMBRE: 1000 409 009 Mateo Mejía P.	NOMBRE:
NIT. _____	C.C. _____	C.C: _____

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

NOSOTROS, _____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: **PRIMERO**: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial **OXISALUD S.A.S** identificada con NIT 811.013.645-9 o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos sobre este pagaré, la suma cierta de _____ PESOS MCTE. ($_____), pesos moneda legal colombiana. Este pago se realizará en la ciudad de Medellín – Antioquia. **SEGUNDO:** Que el pago total de la mencionada obligación se efectuará en un solo contado, el día _____ del mes de _____ del año _____ en las dependencias de _____ (Nombre del Acreedor) ubicada en la ciudad de _____, o en su cuenta bancaria No. _____del Banco _____. **TERCERO:** Que en caso de mora pagaré a **OXISALUD S.A.S** o a la persona natural o jurídica a quien el mencionado acreedor ceda o endose sus derechos, intereses de mora a la más alta tasa permitida por la Ley, desde el día siguiente a la fecha de exigibilidad del presente pagare, y hasta cuando su pago total se efectúe. **CUARTO**: Expresamente declaro excusado el protesto del presente pagaré y los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora. **QUINTO**: En caso de que haya lugar al recaudo judicial o extrajudicial de la obligación contenida en el presente título valor será a mi cargo las costas judiciales y/o los honorarios que se causen por tal razón. En constancia de lo anterior, firmamos el presente Pagaré a los _____ días del mes de _____ del año _____

Atentamente,

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, _____ mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e irrevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de **DEUDOR Y CODEUDOR** del acuerdo de pagos sobre bienes muebles– equipos médicos No. _____sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a la fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a la fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DEUDOR	Huella	**CODEUDOR:**	Huella
NOMBRE: _____		NOMBRE: _____	
C.C. _____		C.C: _____	