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: _____	