5-2020-000275 nis 2020-04-004486 fecha 27/08/2020

COMUNICACIÓN INTERNA

PARA: Coordinador Grupo de Apoyo Administrativo Mixto

DE: Director SENA Regional Antioquia

ASUNTO: Autorización de Pago

De manera atenta autorizo el registro presupuestal del gasto, el registro de la obligación y el pago No. 01 a favor de la firma y por el valor que a continuación se relacionan:

CONTRATISTA	NIT	CONTRATO No.	RUBRO PRESUPUESTAL	CRP SIIF No.	FACTURAS No.	VALOR FACTURAS	VALOR CONTRATO
OXISALUD S.A.S.	811013645-9	C01.PCCNTR. 1612489 del 9/06/2020	C-3603-1300-14-0-3603025-03 TRANSFERENCIAS CORRIENTES	74720 del 10/06/2020	Se anexa relación que detalla seis (6) facturas y una (1) nota crédito con sus respectivos soportes	$ 6´921.414,00	$20´000.000,00
					TOTAL A PAGAR	$ 6´921.414,00	$ 20´000.000,00
					SALDO DEL CONTRATO		$ 13´078.586,00

Entidad contratada para la prestación de servicios de oxigenoterapia domiciliaria y suministro de dispositivos médicos y equipos hospitalarios a beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA Regional Antioquia, **Cuenta Corriente Bancolombia No. 01201137711**

Documentos anexos:

- Facturas originales, copias y nota crédito (13)
- Certificación seguridad social y aportes parafiscales (6)
- Certificación del supervisor del contrato (1)
- Relación facturas y servicios prestados (3)

Cordialmente,

Firmado digitalmente por JUAN.FELIPE RENDON OCHOA

Juan Felipe Rendón Ochoa

Total Anexos: veintitrés (23) folios.

GRUPO	AREA	RESPONSABLE	FIRMA	Vo.Bo.
SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL	COORDINACIÓN SMA REGIONAL ANTIOQUIA	KELLY JOHANNA JIMÉNEZ MORA		
	SUPERVISION	YULIE ELIANA CALDERON YEPES		

Preparó: Yulie Eliana Calderón Yepes
Profesional SMA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA-
INFORME DE SUPERVISIÓN No.01
CONTRATISTA: OXISALUD S.A.S.
CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1612489

CONTRATO No.	**CO1.PCCNTR.1612489 DEL 9 DE JUNIO DE 2020**
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**OXISALUD S.A.S.**
IDENTIFICACION DEL CONTRATISTA:	**NIT. 811.013.645-9**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	**VEINTE MILLONES ($20´000.000,00)**
OBJETO DEL CONTRATO:	**5_354 SUMINISTRAR DE FORMA PERIÓDICA E INTEGRAL OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INSTITUCIONAL Y POR EVENTO, EQUIPOS HOSPITALARIOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DESTINADOS AL CUIDADO DE LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL -SMA- DEL SENA REGIONAL ANTIOQUIA Y DE OTRAS REGIONALES DOMICILIADOS O VISITANTES QUE SE ENCUENTREN EN EL DEPARTAMENTO.**
LUGAR DE EJECUCIÓN:	**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA**
FECHA DE INICIACIÓN CONTRATO:	**19 DE JUNIO DE 2020**
FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	**31 DE DICIEMBRE DE 2020**
SUPERVISOR:	**YULIE ELIANA CALDERON YEPES**
PRORROGA Y/O ADICION:	**SI** [ ] **NO** [X]
PERÍODO DE FACTURACIÓN:	**19/06/2020 AL 31/07/2020**
FECHA PRESENTE INFORME:	**24 DE AGOSTO DE 2020**

A. OBLIGACIONES:

ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA

El contratista deberá estar en capacidad plena de garantizar la cobertura de demanda de oxigenoterapia continua domiciliaria, dispositivos médicos, accesorios, recambio de descartables, reguladores, equipos hospitalarios y demás complementarios, según detalles establecidos en el proceso de selección

1. Garantizar a treinta u un (31) beneficiarios del SMA, que a la fecha hacen parte del Programa de Oxigenoterapia Domiciliaria, el suministro continuo, oportuno y de calidad de oxigeno suplementario domiciliario, además los dispositivos médicos, accesorios, recambio de descartables, reguladores, equipos hospitalarios y demás complementarios, previo cumplimiento del protocolo administrativo dispuesto, para el efecto, por la Coordinadora del Servicio Médico Asistencial y administrado por el supervisor del contrato.
2. Garantizar, eventualmente, a aquellos beneficiarios del SMA internados en clínicas y hospitales, una vez dados de alta, el suministro oportuno y de calidad de oxigeno suplementario domiciliario, que por prescripción médica requiera, todos remitidos por médico tratante de la institución o médico asesor del SMA y autorizados por el médico auditor del SMA; además los dispositivos médicos, accesorios, recambio de descartables, reguladores, equipos hospitalarios y demás complementarios, previo cumplimiento del protocolo administrativo dispuesto, para el efecto, por la Coordinadora del Servicio Médico Asistencial y administrado por el supervisor del contrato.
3. Garantizar a los beneficiarios oxigeno dependientes del SMA la entrega de los aditamentos necesarios para el óptimo uso y funcionamiento del equipo de oxígeno suministrado, concentrador, cilindros de 4 m^3 y 1,5 m^3, tales como cánula nasal y humidificador, desechables, etc. a ser cambiados según el período de vida útil definido en la ficha técnica del respectivo insumo o cuando se informe por parte de la supervisión del daño de algún insumo.
4. Si en su momento la entidad llegara a necesitar algún producto, bien o servicio que sin encontrarse explícito dentro del contexto del presente documento y/o de las normas referenciadas, guarde relación directa con el objeto contractual, se encuentren dentro de su alcance y/o del portafolio de servicios ofrecido por el proponente, y sean ordenados por los médicos asesores y autorizadas por médico auditor adscritos al Servicio Médico Asistencial del SENA Regional Antioquia, el proveedor estará en la obligación de suministrar, al SENA dicho producto, bien o servicio a precios de mercado.
5. Presentar protocolos de bioseguridad.

6. Capacitar al beneficiario y a su cuidador sobre el manejo de los equipos, con instrucciones claras y precisas, explicación detallada y estandarizada de los procesos y protocolos de manipulación y desinfección para asegurar el cumplimiento de las normas de bioseguridad, verificando su total comprensión, y entregar soporte de esta actividad al supervisor del contrato.
7. Suministrar al beneficiario o a su cuidador un manual o folleto de seguridad, que lo instruya sobre el uso de gases medicinales, a fin de que se practique un adecuado manejo del oxígeno.
8. Garantizar la cobertura del servicio del suministro continuo, oportuno y de calidad de oxigeno suplementario domiciliario, además los dispositivos médicos, accesorios, recambio de descartables, reguladores, equipos hospitalarios y demás complementarios, a los beneficiarios del SMA, a nivel departamental, independiente de la ubicación del domicilio, la dificultad de acceso y el tiempo de desplazamiento, tanto en los municipios de Medellín y su área metropolitana como en los corregimientos y veredas, a la fecha, de los municipios de San Roque, Rionegro, La Ceja, Cuidad Bolivar, San Vicente y Copacabana.
9. Garantizar el Ingreso, al Programa de Oxigenoterapia Domiciliaria, de nuevos pacientes domiciliados en Medellín y su área metropolitana o en otros municipios, previo diagnóstico del médico tratante, autorización del médico auditor y protocolos administrativos del SMA del SENA Regional Antioquia.
10. Garantizar el suministro de oxígeno las veinticuatro (24) horas del día y los siete (7) días a la semana, incluso ante cualquier imprevisto (falta de energía eléctrica, fallas o daño del concentrador, cilindro o cualquier otro inherente al funcionamiento del equipo o a sus aditamentos) de manera prioritaria si el beneficiario reside en Medellín o su área metropolitana. En los demás municipios se entenderán incluidos los tiempos de entrega.
11. Suministrar los bienes y servicios objeto del contrato a celebrarse, de acuerdo a la información contenida en el numeral tres (3) de este documento.
12. Garantizar el servicio de atención al cliente 24/7 para dar respuesta oportuna a los requerimientos de los beneficiarios del SMA.
13. Garantizar la entregar de oxigeno suplementario, en un término no mayor a veinticuatro (24) horas, a los beneficiarios que por prescripción médica lo requieran y les sea autorizado en el domicilio.
14. Garantizar las recargas de los cilindros de oxígeno, como mínimo, dentro las veinticuatro (24) horas siguientes al reporte de la necesidad, por parte del supervisor del contrato.
15. Garantizar cada noventa (90) días la medición de signos vitales, el monitoreo de oximetría que evalué la estimación de la saturación de oxígeno de la hemoglobina arterial, vigile la frecuencia cardiaca y la amplitud del pulso de cada uno de los beneficiarios del SMA que hacen parte del Programa de Oxigenoterapia Domiciliaria.
16. Presentar protocolo de manejo de pacientes oxigeno dependientes
17. Disponer, dentro de su planta de personal de un terapeuta respiratorio, profesional de la salud responsable del monitoreo de los pacientes con enfermedades cardiorrespiratorias, con el nivel de conocimiento adecuado y preciso sobre los protocolos respecto de las prácticas enunciadas, técnicas de realización, así como de la lectura e interpretación de sus valores e informes. El mismo deberá informar o recomendar al paciente, cuidador, médico tratante y, en casos críticos, al SMA del SENA de manera inmediata sobre posibles anomalías encontradas como resultado de la valoración.
18. Generar alternativas de solución que garanticen la continuidad del suministro de oxígeno al beneficiario, ante cualquier imprevisto, e informar, sobre el mismo a la coordinadora del SMA o al supervisor.
19. Disponer, dentro de su planta de personal, de un empleado responsable de la administración del contrato, que permanezca en contacto con el SMA para reportar novedades, resolver los imprevistos y controlar la ejecución del mismo.
20. Realizar el seguimiento oportuno de los equipos entregados a los beneficiarios, mediante la verificación de su correcto funcionamiento y uso, cada noventa (90) días, y entregar evidencia de este al supervisor del contrato. Ningún motivo, pérdida y/o robo o daño de los equipos, debe ser causa de suspensión del servicio y no debe constituirse en barrera de acceso para el beneficiario. En los casos en que el equipo suministrado por el contratista en ejecución del presente contrato sea objeto de daño o robo correrá por cuenta del funcionario o pensionado por el cual accede al servicio médico el beneficiario el responsable del pago del equipo. En todo caso el SENA actuará como intermediario en la búsqueda de la solución y menor perjuicio al beneficiario.
21. Hacer entrega al supervisor del contrato, de la hoja de vida de los equipos disponible para el cumplimiento del Programa de Oxigenoterapia Domiciliaria, así como del cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo de los mismos.
22. Informar al supervisor del contrato por escrito y de inmediato, cualquier eventualidad o anomalía sucedida sobre los equipos suministrados o con los beneficiarios que reciben el servicio y que tengan relación con el mismo.
23. El contratista solo prestara los servicios objeto del contrato a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA Regional Antioquia.
24. El contratista se compromete a respaldar el servicio, de suministro de oxígeno y equipos hospitalarios o dispositivos médicos, con la respectiva Orden de Atención (autorización) expedida por el Servicio Médico Asistencial del SENA Regional Antioquia, debidamente firmadas por el beneficiario o su cuidador, que certifique el bien o servicio efectivamente prestado y recibido a satisfacción. El no cumplimiento de este requisito será causal de glosa o devolución de la factura.
25. Mantener durante toda la ejecución contractual el cumplimiento de los requisitos esenciales, establecidos en la Resolución 4725 de 2005: "Por el cual se reglamenta el Régimen de Registros Sanitarios, permisos de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano". Decreto 1011 de 2006: "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la

Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud". Resolución 3183 de 2007: "Por la cual se establece un plazo para la certificación de Buenas Prácticas de Manufactura de los Gases Medicinales". Resolución 4410 de 2009: "Por la cual se expide el Reglamento Técnico que contiene el Manual de Buenas Prácticas de Manufactura de Gases Medicinales". Resolución 2010038231: "Por la cual se adopta La Guía de Inspección de Buenas Prácticas de Manufactura que debe cumplir los gases medicinales en los procesos de fabricación, llenado, control de calidad y distribución". Resolución 2011012580 de 2011: "Por la cual se adopta la Guía de Inspección de Buenas Prácticas de Manufactura que deben cumplir los gases medicinales en los procesos de fabricación, llenado, control de calidad, distribución y comercialización". Resolución 2876 de 2013: "Por la cual se expide el reglamento técnico aplicable a la información del estampe original etiquetado y aspecto físico de cilindros transportables sin costuras o sin soldaduras de alta presión para gases industriales y medicinales, que se importen o se fabriquen nacionalmente para su comercialización o uso en Colombia (Ministerio de Comercio Industria y Turismo)". Decreto 780 de 2016 y modificado por el Decreto 2265 de 2017: "Por el cual expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se reglamenta el Servicio Farmacéutico y se dictan otras disposiciones. Este Decreto tiene por objeto regular las actividades y/o procesos propios del Servicio Farmacéutico, entre las que se encuentra: Participar en la creación desarrollo de programas relacionados con medicamentos y dispositivos médicos, especialmente los Programas de Farmacovigilancia. Resolución 5095 de 2018: "Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia versión 3.1.Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación en Salud, los gases medicinales deberán cumplir con los requerimientos establecidos en la normatividad vigente y los requisitos para el cumplimiento de buenas prácticas de Manufactura expedida por el Invima o la entidad que haga sus veces.

GENERALES DEL CONTRATISTA

1. Ejecutar el objeto contractual en condiciones de eficiencia, calidad y oportunidad de conformidad con los parámetros establecidos por el SENA.
2. Ejecutar el objeto contractual en los plazos y condiciones técnicas y económicas establecidos en las correspondientes clausulas, acorde a invitación pública y la oferta, documentos que hacen parte integral de la aceptación de la oferta.
3. El contratista se compromete a prestar todos los servicios, objeto del contrato, en los lugares, plazos y modo, establecidos por el SENA, en óptimas condiciones de calidad, oportunidad y accesibilidad para los pacientes. En el evento contrario el SENA podrá proceder a declarar el siniestro de incumplimiento y/o hacer efectivas las pólizas.
4. El oferente que resulte adjudicatario del presente proceso deberá garantizar, sobre los servicios domiciliarios suministrados, el cumplimiento de las condiciones de carácter técnico, económico y de calidad.
5. El contratista solo prestará los servicios objeto del contrato a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial presentando los siguientes documentos: Carnet vigente, original de la orden de atención diligenciada en su totalidad con nombre del usuario, documento de identificación servicios solicitado, la firma y el sello del profesional, además debe ir firmada por el usuario o acudiente. Se exceptúa el caso de atención por urgencias vitales. En caso de solicitar ayudas diagnosticas o procedimientos quirúrgicos debe anexar por escrito y con letra legible la justificación clínica de dicha solicitud. Serán válidas las órdenes de atención remitidas vía correo electrónico SIEMPRE Y CUANDO el contratista presente como soporte de la atención la orden debidamente firmada por el beneficiario SENA.
6. El contratista se obliga a sostener los precios de los bienes y servicios ofertados dentro de los términos y vigencia de ejecución del contrato, acatar las instrucciones que para el desarrollo del contrato le imparta el SENA por conducto del Supervisor. Las demás contempladas en el artículo 5 de la ley 80 de 1993 y la normatividad aplicable al Servicio Médico Asistencial del SENA.
7. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabas.
8. Las suplantaciones, fraudes de usuarios o cualquier otra irregularidad, consecuencia del no cumplimiento de lo establecido en el numeral inmediatamente anterior, serán asumidas por el prestador y deberán ser informados al SENA.
9. Responder en los plazos que el SENA establezca para cada caso, los requerimientos de aclaración o de información que le formule.
10. No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la Ley con el fin de obligarlos a hacer u omitir algún acto o hecho, debiendo informar inmediatamente al SENA a través del Supervisor acerca de la ocurrencia de tales peticiones o amenazas y a las demás autoridades competentes para que se adopten las medidas y correctivos que fueren necesarios.
11. Informar al SENA dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al conocimiento del hecho o circunstancias que puedan incidir en la no oportuna o debida ejecución del contrato o que puedan poner en peligro los intereses legítimos del SENA.
12. Informar al supervisor del contrato el estado de la ejecución, en dos oportunidades, la primera cuando se haya ejecutado en un cincuenta por ciento (50%) y la segunda en un setenta por ciento (70%) el valor del contrato, a fin de que la coordinación del SMA del SENA gestione, de ser necesario, nuevos recursos.
13. Suministrar y emplear por su cuenta y riesgo el personal, los equipos y elementos necesarios para la eficiente prestación del objeto contratado.

14. El CONTRATISTA es el único responsable por la vinculación de personal y la celebración de subcontratos todo lo cual debe realizar en su propio nombre y por su propia cuenta y riesgo sin que el SENA adquiera responsabilidad ni solidaridad alguna por dichos actos. Por lo anterior deberá asumir respecto de sus subcontratistas (personal dirigido a la ejecución del contrato) los honorarios o salarios, horas extras, dominicales y festivos, recargo nocturno, indemnizaciones y afiliación al sistema de seguridad social según lo ordenado por la Ley 100/93 y que se causen durante la ejecución del contrato, atendiendo a la modalidad de vinculación que aplique con las personas naturales que subcontrate.
15. Permanecer a paz y salvo en el pago de aportes al sistema de seguridad social integral, parafiscales y contratación de aprendices, durante todo el tiempo de ejecución del contrato y acreditar ese paz y salvo cada vez que se lo requiera el SENA, por cuanto es un requisito previo para los pagos de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.
16. Radicar la facturación por cada treinta (30) días de servicio efectivamente prestado, debidamente soportada con las órdenes de atención expedidas por el SMA, que respalden el servicio recibido a satisfacción o el suministro de equipos hospitalarios o dispositivos médicos, debidamente firmadas por los beneficiarios o sus cuidadores.
17. Presentar la facturación correspondiente al mes causado dentro de los primeros cinco (05) días del mes siguiente en la Oficina del Grupo de Servicio Médico del SENA Regional Antioquia, según corresponda, en horario de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.
18. La factura deberá detallar el número de Contrato vigente al que se carga la cuenta, además de cumplir con los requisitos legales vigentes, se entregará factura original y 2 copias a nombre de Servicio Nacional de Aprendizaje SENA Nit. 899999034-1.
19. De conformidad con los artículos 52 y 56 de la Ley 80 de 1993, responderá ante el Estado y sus leyes, desde lo civil y lo penal por omisiones y acciones que comprometan lo público.
20. Adquirir la póliza de responsabilidad civil extracontractual y las necesarias para la habilitación en servicios de salud objeto del contrato.
21. Constituir a su costa las garantías de cumplimiento si así lo dispone el SENA.
22. El oferente que resulte adjudicatario no podrá ceder el contrato proveniente de la invitación pública, sin autorización estricta y por escrito del ordenador del gasto.
23. Queda entendido que todos los derechos e impuestos que deban pagarse por razón o con ocasión del contrato, establecidos o que se establezcan en el país, de acuerdo con las leyes colombianas, serán a cargo del contratista.
24. Acatar las instrucciones que para la ejecución del contrato le imparta el SENA por conducto del Supervisor del mismo.
25. Las demás contempladas en el artículo 5° de la Ley 80 de 1993 y las que se deriven directamente del objeto contractual.

B. BALANCE FINANCIERO:

PRIMER PAGO

Valor Inicial del Contrato	$ 20.000.000,00
Valor Pago No. 1:	$ 6.921.414,00
Valor Ejecutado a la Fecha:	$ 6.921.414,00
Saldo del Contrato a la Fecha:	$ 13.078.586,00
Porcentaje (%) de Ejecución:	34,61%
Porcentaje (%) por Ejecutar	65,39%

PAGO No.	NIT	V/R TOTAL CONTRATO	CDP No.13920 del 04/05/2020		CRP SIIF No.7470 del 10/06/2020		SALDO POR EJECUTAR
			FACTURA				
		100%	No.	Fecha	Valor Sin 4/1000	Nota Crédito	$ 20.000.000,00
1	811013645-9	$ 20.000.000,00	FE 1795	21/07/2020	$ 1.627.200,00		$ 18.372.800,00
			NC 234	4/08/2020		$ 1.056.400,00	$ 19.429.200,00
			FE 1931	3/08/2020	$ 725.438,00		$ 18.703.762,00
			FE 1936	3/08/2020	$ 939.360,00		$ 17.764.402,00
			FE 2010	10/08/2020	$ 690.000,00		$ 17.074.402,00
			FE 1934	3/08/2020	$ 3.878.401,00		$ 13.196.001,00
			FE 1935	3/08/2020	$ 117.415,00		$ 13.078.586,00
				SUBTOTAL	$ 7.977.814,00	$ 1.056.400,00	$ 13.078.586,00
				TOTAL A PAGAR		$ 6.921.414,00	

C. PRODUCTOS O ACTIVIDADES EJECUTADAS:

1. El día 1 de Julio de 2020 a las 2:00 p.m. se llevó a cabo reunión virtual entre representantes del contratista y funcionarios de la entidad contratante en la cual se definió: 1.1. Entrega de constancia de capacitación y recibo de equipos por parte de beneficiarios, ya que el Sena no se hace responsable por daños. 1.2. Canales de comunicación entre ambas partes. 1.3. Entrega de facturación en los cinco primeros días hábiles de cada mes y recomendación sobre anexos.

2. El día 30 de julio de 2020 las partes suscribieron Otrosí modificatorio, el cual fue cargado en la plataforma SECOPII el día 21 de agosto de 2020, por el cual se adicionó el ítem de compra de 6 pulsioxímetros, el cual fue justificado por la supervisión en los siguientes términos: numeral 6. *"Que para aportar más soluciones a la actual coyuntura y continuar acompañando de manera oportuna a todos los beneficiarios del SMA Regional Antioquia requiere comenzar la implementación de un nuevo modelo de atención en salud para pacientes positivos de COVID-19 que contempla mediciones periódicas de los niveles de saturación de oxígeno en la sangre y terapia respiratoria. Con esto, se pretende intervenir directamente en la disminución de dos indicadores fundamentales para el control de la pandemia: la mortalidad y las estancias hospitalarias, en especial, en unidades de cuidados intensivos (UCI). La implementación comienza con la entrega de un kit para los pacientes positivos o sospechosos con factores de riesgo de COVID-19, compuesto por oxímetro de pulso, termómetro y un plan de educación con instrucciones muy precisas y sencillas para el monitoreo constante de los niveles de saturación y de temperatura....."*

3. En el presente período de facturación se dio trámite a trece (13) órdenes del mes Junio y dos (2) órdenes del mes de Julio, de venta de insumos ortopédicos, los cuales de acuerdo a las obligaciones establecidas a cargo del contratista fueron cotizadas previamente.

4. En el presente período de facturación se requirió al contratista sobre el diligenciamiento de la totalidad de las órdenes toda vez que se encontraron 5 órdenes (Nos. 6533, 6515, 6528, 6526 y 6517) con su respectiva "Acta de Compromiso – Recepción de Equipos", pendientes de firma por parte de los beneficiarios, situación que informó el contratista sería corregida para el siguiente mes de facturación.

5. El contratista radicó facturación del mes de junio los días 22/07/2020, 3/08/2020, 4/08/2020 y del mes de julio el día 5/08/2020, para los servicios de oxigenoterapia domiciliaria integral, así como el suministro de dispositivos médicos y/o equipos hospitalarios efectivamente prestados y entregados a los beneficiarios del SMA SENA Regional Antioquia en el mes de junio y julio de 2020, por los conceptos y periodo correspondientes al detalle de las órdenes de atención que se relacionan a continuación:

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA-
INFORME DE SUPERVISIÓN No.01
CONTRATISTA: OXISALUD S.A.S.
CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1612489

		Datos Beneficiarios				Servicios/Equipos Oxigenoterapia					Otros Suministros	
Item No.	Periodo de Facturación	C.C.	Nombre	Orden de Atención SMA No.	Fecha	PAQUETE Concentrador + Eq de apoyo permanente	Alquiler Cilindro portátil adicional	Alquiler BPAP Automático	Alquiler CPAP Estándar	Observaciones	Cantidad	Equipos Hospitalarios /Dispositivos médicos y ortopédicos/Accesorios
1	19/06/2020 al 30/06/2020	42.968.866	Beatriz Elena Bermudez Taborda	6512	3/07/2020	1,00				Suministro de Junio		
2	19/06/2020 al 30/06/2020	32.395.578	Bertha Giraldo de Varela	6513	3/07/2020	1,00				Suministro de Junio		
3	19/06/2020 al 30/06/2020	43.586.248	Blanca Ligia Hernandez Ospina	6514	3/07/2020	1,00				Suministro de Junio		
4	19/06/2020 al 30/06/2020	22.112.951	Hercilia Henao de Rivera	6515	3/07/2020	1,00				Suministro de Mayo		
5	19/06/2020 al 30/06/2020	21.365.130	Ma. Amparo Castaño	6527	4/07/2020	1,00				Suministro de Junio		
6	19/06/2020 al 30/06/2020	21.281.574	Ligia Ruiz de Agudelo	6568	6/07/2020	1,00				Suministro de Junio		
7	19/06/2020 al 30/06/2020	21.362.649	Ma. Valmy Arcila de Clavijo	6518	3/07/2020	1,00				Suministro de Junio		
8				6519	3/07/2020		1,00			Suministro de Junio		
9	19/06/2020 al 30/06/2020	21.445.172	Ma. Oliva Perez de Cadavid	6523	4/07/2020	1,00				Suministro de Junio		
10	19/06/2020 al 30/06/2020	32.497.333	Miriam del S. Henao de Garcia	6524	4/07/2020	1,00				Suministro de Junio		
11	19/06/2020 al 30/06/2020	22.167.869	Aura de Jesus Lora Urrego	6525	4/07/2020	1,00				Suministro de Junio		
12	19/06/2020 al 30/06/2020	21.363.624	Maria Lady Margueviitte Lopez	6529	4/07/2020	1,00				Suministro de Junio		
13	19/06/2020 al 30/06/2020	22.049.359	Maria Lucila Duque de Cardona	6528	4/07/2020	1,00				Suministro de Mayo		
14	19/06/2020 al 30/06/2020	21.522.683	Ma. Amparo Suarez de Castrillon	6526	4/07/2020	1,00				Suministro de Mayo		
15	19/06/2020 al 30/06/2020	21.285.872	Ma. De Jesus	6520	3/07/2020	1,00				Suministro de Junio		

			Rojas de Pelaez									
16	19/06/2020 al 30/06/2020	599.581	Antonio de J. Salazar Hurtado	6511	3/07/2020	1,00				Suministro de Junio		
17	19/06/2020 al 30/06/2020	26.523.078	Josefina Clavijo de Barragan	6516	3/07/2020	1,00				Suministro de Junio		
18	19/06/2020 al 30/06/2020	21.835.542	Ma. Alica Echeverri de Echeverri	6517	3/07/2020	1,00				Suministro de Mayo		
19	19/06/2020 al 30/06/2020	21.537.202	Maria Ligia Lopez Duque	6522	3/07/2020	1,00				Suministro de Junio		
20	19/06/2020 al 30/06/2020	42.974.284	Maria Fabiola Vasquez Zapata	6521	3/07/2020	1,00				Suministro de Junio		
21	01/01/2020 al 31/01/2020	21.416.343	Esther Julia Henao21 166	20116	31/01/2020					Cotización	1,00	Plantilla sobremedida
22	01/02/2020 al 28/02/2020	32.412.130	Consuelo González	17544	5/02/2020					Cotización	1,00	Medias 20-30 a la rodilla sin puntera
23	01/02/2020 al 28/02/2020	32.491.157	Luz Aracely Muñeton	545	10/02/2020					Cotización	1,00	Medias 15-20 a la rodilla
24	01/02/2020 al 28/02/2020	26.051.825	Enia del Socorro Herazo	822	11/02/2020					Cotización	1,00	Plantilla sobremedida
										Cotización	1,00	Banda epicondilea bilateral
25	01/02/2020 al 28/02/2020	22.441.728	Blanca Ines Marin	17695	14/02/2020					Cotización	1,00	Medias 15-20 a la rodilla sin puntera
26	01/02/2020 al 28/02/2020	21.399.532	Cecilia Montes Arango	1827	24/02/2020					Cotización	1,00	Muletas Adulto
27	01/02/2020 al 28/02/2020	43.025.021	Cecilia Ester Sema	1942	26/02/2020					Cotización	1,00	Plantilla sobremedida
28	01/02/2020 al 28/02/2020	39.306.568	Edith Maldonado	1937	26/02/2020					Cotización	1,00	Medias 8-15 a la rodilla
29	01/02/2020 al 28/02/2020	30.079.690	Elizabeth David	1938	26/02/2020					Cotización	1,00	Inmobilizador de hombro
30	01/02/2020 al 28/02/2020	1.152.464.806	Carolina Perez Ramirez	1957	26/02/2020					Cotización	1,00	tobillera corta plegable
31	01/02/2020 al 28/02/2020	32.462.590	Maria Isabel Rios	1255	28/02/2020					Cotización	1,00	media 15-20 a la rodilla sin puntera
32	01/02/2020 al 28/02/2020	1.038.867.361	Isabela Falcon Zapata	2008	29/02/2020					Cotización	1,00	plantillas, banda epicondilea y ferula

33	01/02/2020 al 28/02/2020	42.974.284	Ma. Fabiola Vasquez Zapata	18923	7/02/2020					Cotización	1,00	Medias 15-20 a la rodilla sin puntera
34	19/06/2020 al 30/06/2020	32.313.686	Alba Lucia Isaza	6534	4/07/2020				1,00	Suministro de Junio		
35	19/06/2020 al 30/06/2020	8.125.032	Andres Vargas Alvarez	6535	4/07/2020				1,00	Suministro de Junio		
36	19/06/2020 al 30/06/2020	656.957	Alfonso de J. Cifuentes Perez	6530	4/07/2020				1,00	Suministro de Junio		
37	19/06/2020 al 30/06/2020	20.181.495	Mary Luz Moreno de Bedoya	6532	4/07/2020				1,00	Suministro de Junio		
38	19/06/2020 al 30/06/2020	43.078.039	Olga Lucia Escobar Posada	6533	4/07/2020				1,00	Suministro de Mayo		
39	19/06/2020 al 30/06/2020	32.439.844	Maria Cristina Cardona Macias	6531	4/07/2020				1,00	Suministro de Junio		
40	19/06/2020 al 30/06/2020	43.973.139	Cristina Zuleta Uribe	6536	4/07/2020			1,00		Suministro de Junio		
41	19/06/2020 al 30/06/2020	556.032	Pablo Emilio Arango Chica	6538	4/07/2020					Suministro de Junio	1,00	cama manual tres niveles
42	19/06/2020 al 30/06/2020	32.460.854	Edelmira Herrera de Ocampo	6537	4/07/2020			1,00		Suministro de Junio		
43	19/06/2020 al 30/06/2020	21.343.785	Martha Lia Piedrahita de Ramirez	6569	6/07/2020			1,00		Suministro de Junio		
					TOTAL	19,00	1,00	3,00	6,00		15,00	

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA-
INFORME DE SUPERVISIÓN No.01
CONTRATISTA: OXISALUD S.A.S.
CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1612489

		Datos Beneficiarios				Servicios/Equipos Oxigenoterapia					Otros Suministros	
Ítem No.	Periodo de Facturación	C.C.	Nombre	Orden de Atención SMA No.	Fecha	PAQUETE 2 Concentrador + Equipo de apoyo permanente, con 2 recargas a portátil / mes	Alquiler Cilindro portátil adicional	Alquiler BPAP Automático	Alquiler CPAP Estándar	Observaciones	Cantidad	Equipos Hospitalarios /Dispositivos médicos y ortopédicos/Accesorios
1	1/07/2020 al 31/07/2020	42.968.866	Beatriz Elena Bermúdez Taborda	6272	1/07/2020	1,00				Suministro de Julio		
2	1/07/2020 al 31/07/2020	32.395.578	Bertha Giraldo de Varela	6273	1/07/2020	1,00				Suministro de Julio		
3	1/07/2020 al 31/07/2020	43.586.248	Blanca Ligia Hernandez Ospina	6274	1/07/2020	1,00				Suministro de Julio		
4	1/07/2020 al 31/07/2020	22.112.951	Hercilia Henao de Rivera	6275	1/07/2020	1,00				Suministro de Julio		
5	1/07/2020 al 31/07/2020	21.365.130	Ma. Amparo Castaño	6289	1/07/2020	1,00				Suministro de Julio		
6	1/07/2020 al 31/07/2020	21.281.574	Ligia Ruiz de Agudelo	6277	1/07/2020	1,00				Suministro de Julio		
7	1/07/2020 al 31/07/2020	21.362.649	Ma. Valmy Arcila de Clavijo	6279	1/07/2020	1,00				Suministro de Julio		
8	1/07/2020 al 31/07/2020			6280	1/07/2020		1,00			Suministro de Julio		
9	1/07/2020 al 31/07/2020	21.445.172	Ma. Oliva Perez de Cadavid	6284	1/07/2020	1,00				Suministro de Julio		
10	1/07/2020 al 31/07/2020	32.497.333	Miriam del S. Henao de Garcia	6285	1/07/2020	1,00				Suministro de Julio		
11	1/07/2020 al 31/07/2020	22.167.869	Aura de Jesus Lora Urrego	6286	1/07/2020	1,00				Suministro de Julio		
12	1/07/2020 al 31/07/2020	21.363.624	Maria Lady Marguevitte Lopez	6291	1/07/2020	1,00				Suministro de Julio		
13	1/07/2020 al 31/07/2020	22.049.359	Maria Lucila Duque de Cardona	6290	1/07/2020	1,00				Suministro de Julio		
14	1/07/2020 al 31/07/2020	21.522.683	Ma. Amparo Suarez de Castrillon	6288	1/07/2020	1,00				Suministro de Julio		
15	1/07/2020 al 31/07/2020	21.285.872	Ma. De Jesus Rojas de Pelaez	6281	1/07/2020	1,00				Suministro de Julio		
16	1/07/2020 al 31/07/2020	599.581	Antonio de J. Salazar Hurtado	6271	1/07/2020	1,00				Suministro de Julio		
17	1/07/2020 al 31/07/2020	26.523.078	Josefina Clavijo de Barragan	6276	1/07/2020	1,00				Suministro de Julio		

18	1/07/2020 al 31/07/2020	21.835.542	Ma. Alica Echeverri de Echeverri	6278	1/07/2020	1,00				Suministro de Julio		
19	1/07/2020 al 31/07/2020	21.537.202	Maria Ligia Lopez Duque	6283	1/07/2020	1,00				Suministro de Julio		
20	1/07/2020 al 31/07/2020	42.974.284	Maria Fabiola Vasquez Zapata	6282	1/07/2020	1,00				Suministro de Julio		
21	1/07/2020 al 31/07/2020	32.313.686	Alba Lucia Isaza	6296	1/07/2020				1,00	Suministro de Julio		
22	1/07/2020 al 31/07/2020	8.125.032	Andres Vargas Alvarez	6298	1/07/2020				1,00	Suministro de Julio		
23	1/07/2020 al 31/07/2020	656.957	Alfonso de J. Cifuentes Perez	6292	1/07/2020				1,00	Suministro de Julio		
24	1/07/2020 al 31/07/2020	20.181.495	Mary Luz Moreno de Bedoya	6294	1/07/2020				1,00	Suministro de Julio		
25	1/07/2020 al 31/07/2020	43.078.039	Olga Lucia Escobar Posada	6295	1/07/2020				1,00	Suministro de Julio		
26	1/07/2020 al 31/07/2020	32.439.844	Maria Cristina Cardona Macias	6293	1/07/2020				1,00	Suministro de Julio		
27	1/07/2020 al 31/07/2020	43.973.139	Cristina Zuleta Uribe	6299	1/07/2020			1,00		Suministro de Julio		
28	1/07/2020 al 31/07/2020	556.032	Pablo Emilio Arango Chica	6305	1/07/2020					Suministro de Julio	1,00	cama manual tres niveles
29	1/07/2020 al 31/07/2020	32.460.854	Edelmira Herrera de Ocampo	6301	1/07/2020			1,00		Suministro de Julio		
30	1/07/2020 al 31/07/2020	21.343.785	Martha Lia Piedrahita de Ramírez	6303	1/07/2020			1,00		Suministro de Julio		
31	1/07/2020 al 31/07/2020	32.345.277	Clara Ofelia Zuluaga de Posada	6189	26/06/2020				1,00	Suministro de Julio		
32	1/07/2020 al 31/07/2020	21.721.562	Ana de Jesus Parra Betancur	6619	6/07/2020						1,00	Medias 15-20 hasta la rodilla
33	1/07/2020 al 31/07/2020	21.393.127	Maria Ruth Londoño de Franco	7218	24/07/2020						1,00	Medias 15-20 rodilla con puntera
34	1/07/2020 al 31/07/2020	32.469.954	M. Amparo Arroyave Barrientos	6971	15/07/2020						1,00	Medias 20-30

D. OBSERVACIONES DE LA SUPERVISIÓN SOBRE LOS PRODUCTOS O ACTIVIDADES EJECUTADAS

a) Cotejados los servicios de oxigenoterapia domiciliaria integral prestados y el suministro de equipos hospitalarios y/o dispositivos médicos, efectivamente entregados a los beneficiarios del SMA SENA Regional Antioquia en el mes de Junio y Julio de 2020, de conformidad con lo ordenado, acorde con los diagnósticos prescritos por las médicas tratantes del SMA y los adscritos a la red de prestadores, autorizados por las primeras y el médico auditor del Servicio Médico Asistencial, se encuentran servicios prestados con fechas de enero, febrero y mayo de 2020.

b) El Contratista entrega veintinueve (29) Actas de Compromiso – Recepción de Equipos, de treinta una que debe entregar con firma, de acuerdo a las obligaciones establecidas en contrato y primera reunión, por lo tanto quedan pendiente dos.

c) El Contratista informó que las cinco (5) órdenes de servicio del mes de Junio pendientes por firma de los beneficiarios, obedeció a la difícil movilidad en tiempo de pandemia, y que las mismas serían entregadas con la facturación del mes de julio, de las cuales entregó (4) cuatro, quedando aún pendiente la orden la Orden No.6526 y No.6515 por el Acta de Recibo de Equipo.
Además se suma la orden No.6285 de los servicios de Julio,por firma del beneficiario.

d) Presentada la anterior salvedad del periodo, y certificados por parte del médico auditor Luis German Henao Maya, prestador de servicios adscrito al SMA del SENA Regional Antioquia, el cumplimiento de los requisitos técnicos y de habilitación de los servicios efectivamente recibidos en el mes de Junio y Julio de 2020, esta supervisión se permite certificar, por lo demás, que la ejecución del contrato correspondiente al periodo 19/06/2020 a 31/07/2020, se realizó conforme al objeto contractual y su alcance, obligaciones contraídas por el contratista y la oferta económica presentada por el prestador y aceptada por el SENA.

e) A la fecha, el contrato presenta un porcentaje de ejecución del 34,61% que corresponde a la suma de $ 6´921.414,00 con un saldo por ejecutar por valor de $ 13´078.586,00 equivalente al 65,39%.

f) En cumplimiento del Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Ley 1562 de 2012, Decreto 0723 de 2013 y demás normas que las adicionan, modifican o complementan, el contratista aportó Certificación y Planilla Integrada Autoliquidación Aportes al Sistema Integral de Seguridad Social (Pensión, Salud y Riesgos Profesionales) de sus empleados y, certificación de aportes de carácter parafiscal (Cajas de Compensación Familiar, SENA, ICBF), actualizados, conforme a la Ley 1819 de 2016. El SENA, por su parte, previo a adelantar el trámite del presente pago, consultó el Sistema de Información de Responsables Fiscales "SIBOR", el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades "SIRI" de la Contraloría General de la Republica y Antecedentes y Requerimientos Judiciales del Ministerio de Defensa Nacional, hallando que ni el representante legal, ni la firma tiene asuntos pendientes con las autoridades correspondientes.

E. SANCIONES: SI [ ] NO [X]

F. GRADO DE SATISFACCIÓN: EXCELENTE [ ] BUENO [X] REGULAR [ ] INSUFICIENTE [ ]

Atentamente;

YULIE ELIANA CALDERÓN YEPES
SUPERVISORA

Vo.Bo.: ***Kelly Johanna Jiménez Mora***
Coordinadora SMA

Revisión Técnica y de Habilitación: *Luis German Henao Maya*
Médico Auditor, SMA

Preparó: *Yulie Eliana Calderón Yepes - Profesional SMA*

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 25 de agosto de 2020, a las 16:01:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	79366939
Código de Verificación	793669392008251601O1

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 25 de agosto de 2020, a las 16:02:32, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	NIT
No. Identificación	8110136459
Código de Verificación	811013645920082516023 2

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

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

Soraya Vargas P.
SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 149223397

WEB
16:27:32

Bogotá DC, 25 de agosto del 2020

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

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

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

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 16:18:06 horas del 25/08/2020, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **79366939**
Apellidos y Nombres: **TORRES CABREJO JOSE ANTONIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

Dirección: Calle 18A # 69F–45
Zona Industrial, barrio
Montevideo. Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a
viernes 7:00 am a 1:00 pm y 2:00
pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
GRUPO SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL
PROCESO GESTION DEL TALENTO HUMANO
CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
CONTRATISTA: OXISALUD S.A.S.
CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1612489

LA SUPERVISORA DE CONTRATO

C E R T I F I C A

Que para efectos del primer pago, Registro Presupuestal **SIIF Número 74720 del 10 de junio de 2020**, celebrada entre el **SENA** y la firma **OXISALUD S.A.S.**, identificada **con NIT. 811.013.645-9,** cuyo objeto es: "Suministrar de forma periódica e integral oxigeno medicinal domiciliario, institucional y por evento, equipos hospitalarios y dispositivos médicos, destinados al cuidado de los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial -SMA- del SENA Regional Antioquia y de otras regionales domiciliados o visitantes que se encuentren en el departamento, durante la vigencia 2020"; el contratista prestó a satisfacción los servicios de suministro de oxigenoterapia domiciliaria integral, dispositivos médicos y/o equipos hospitalarios, por el periodo comprendido entre el 19/06/2020 y 21/07/2020 por la suma de **$ 6´921.414** (Seis Millones Novecientos Veintiún mil Cuatrocientos Catorce pesos), valor desagregado en las facturas y valores que a continuación se relacionan:

PAGO No.	NIT	V/R TOTAL CONTRATO	CDP No.13920 del 04/05/2020		CRP SIIF No.74720 del 10/06/2020		SALDO POR EJECUTAR
			FACTURA				
		100%	No.	Fecha	Valor Sin 4/1000	Nota Crédito	$ 20.000.000,00
1	811013645-9	$ 20.000.000,00	FE 1795	21/07/2020	$ 1.627.200,00		$ 18.372.800,00
			NC 234	4/08/2020		$ 1.056.400,00	$ 19.429.200,00
			FE 1931	3/08/2020	$ 725.438,00		$ 18.703.762,00
			FE 1936	3/08/2020	$ 939.360,00		$ 17.764.402,00
			FE 2010	10/08/2020	$ 690.000,00		$ 17.074.402,00
			FE 1934	3/08/2020	$ 3.878.401,00		$ 13.196.001,00
			FE 1935	3/08/2020	$ 117.415,00		$ 13.078.586,00
				SUBTOTAL	**$ 7.977.814,00**	**$ 1.056.400,00**	**$ 13.078.586,00**
				TOTAL A PAGAR		**$ 6.921.414,00**	

A la fecha de la presente certificación el contrato presenta el siguiente balance financiero:

PRIMER PAGO

Valor Inicial del Contrato	$ 20.000.000,00
Valor Pago No. 1:	$ 6.921.414,00
Valor Ejecutado a la Fecha:	$ 6.921.414,00
Saldo del Contrato a la Fecha:	$ 13.078.586,00
Porcentaje (%) de Ejecución:	34,61%
Porcentaje (%) por Ejecutar	65,39%

El cual referencia el primer pago en relación con los recursos asignados, para un balance a la fecha, con un porcentaje de ejecución del 34,61% equivalente a la suma de $ 6´921.414,00 y un saldo del contrato por valor de $ 13´078.586,00 equivalente al 65,39%.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
GRUPO SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL
PROCESO GESTION DEL TALENTO HUMANO
CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
CONTRATISTA: OXISALUD S.A.S.
CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1612489

En cumplimiento del Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, Ley 1562 de 2012, Decreto 0723 de 2013 y demás normas que las adicionan, modifican o complementan, el contratista aportó Certificación y Planilla Integrada Autoliquidación Aportes al Sistema Integral de Seguridad Social (Pensión, Salud y Riesgos Profesionales) de sus empleados y, certificación de aportes de carácter parafiscal (Cajas de Compensación Familiar, SENA, ICBF), actualizados, conforme a la Ley 1819 de 2016. El SENA, por su parte, previo a adelantar el trámite del presente pago, consultó el Sistema de Información de Responsables Fiscales "SIBOR", el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades "SIRI" de la Contraloría General de la Republica y Antecedentes y Requerimientos Judiciales del Ministerio de Defensa Nacional, hallando que ni el representante legal, ni la firma tiene asuntos pendientes con las autoridades correspondientes.

Se expide en Medellín, a los veinticuatro (24) días del mes de Agosto de 2020.

YULIE ELIANA CALDERÓN YEPES
Profesional Servicio Médico
SENA Regional Antioquia

Vo.Bo.: Kelly Johanna Jiménez Mora
Profesional, Coordinadora Grupo Servicio Médico Asistencial SENA Regional Antioquia

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
RELACION DE SERVICIOS PRESTADOS -SMA

No.	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	NOMBRE DEL PACIENTE	ORDEN DE ATENCION No.	FECHA DE LA ORDEN	SERVICIO PRESTADO	VALOR FACTURADO
1	21362649	ARCILA DE CLAVIJO MARIA BALMY	6519	03/07/2020	ALQUILER DE PIPETA PORTATIL ADICIONAL ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	18400
2	32313686	ISAZA DE ZULUAGA ALBA LUCIA	6534	04/07/2020	CPAP STANDAR - ALQUILER ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	41200
3	8125032	VARGAS ALVAREZ ANDRES	6535	04/07/2020	CPAP STANDAR - ALQUILER ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	41200
4	656957	CIFUENTES PEREZ ALFONSO DE JESUS	6530	04/07/2020	CPAP STANDAR - ALQUILER ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	41200
5	20181495	MORENO DE BEDOYA MARY LUZ	6532	04/07/2020	CPAP STANDAR - ALQUILER ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	41200
6	43078039	ESCOBAR POSADA OLGA LUCIA	6533	04/07/2020	CPAP STANDAR - ALQUILER ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	41200
7	32439844	CARDONA MACIAS MARIA CRISTINA	6531	04/07/2020	CPAP STANDAR - ALQUILER ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	41200
8	43973139	ZULETA URIBE CRISTINA	6536	04/07/2020	BPAP AUTOMATICO - ALQUILER ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	94000
9	556032	ARANGO CHICA PABLO EMILIO	6538	04/07/2020	ALQUILER CAMA HOSPITALARIA MANUAL CON BARANDAS 3 (TRES) NIVELES ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	23200
10	32460854	HERRERA DE OCAMPO EDELMIRA	6537	04/07/2020	BPAP AUTOMATICO - ALQUILER ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	94000
11	21343785	PIEDRAHITA DE RAMIREZ MARTHA LIA	6569	06/07/2020	BPAP AUTOMATICO - ALQUILER ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	94000
12	21416343	HENAO DE ARANGO ESTHER JULIA	20116	19/06/2020	PLANTILLA PARA DEJAR LIBRE ESPACIO INTERDIGITAL	22000
13	32412130	GONZALEZ DE GUTIERREZ CONSUELO	17544	19/06/2020	MEDIAS CON GRADIENTE 20-30 MMHG HASTA LA RODILLA SIN PUNTERA	64000
14	32491157	MUÑETON DE BOLIVAR LUZ ARACELLY	545	19/06/2020	MEDIAS CON GRADIENTE MMHG 15-20 HASTA LA RODILLA	28350
15	26051825	HERAZO BUELVAS ENIA DEL SOCORRO	822	19/06/2020	BANDA EPICONDILEA BILATERAL PLANTILLAS SAL 80 X12 BTM 15X7MM BAJO RELIEVES ESPOLON CALCANEO CALLOSIDADES PLANTARES	106950
16	22441728	MARIN MONTOYA BLANCA INES	17695	19/06/2020	MEDIA 15-20 MMHG A LA RODILLA SIN PUNTERA	38500
17	21399532	MONTES DE ARANGO CECILIA	1827	19/06/2020	MULETAS ADULTO PARA LA VENTA	50500
18	43025021	SERNA MARTINEZ CECILIA ESTHER	1942	19/06/2020	PLANTILLAS AMBOS PIES, SAL 70 X 12 MM, BMT 140 X 7MM, BAJO RELIEVES ESPOLOM CALCANEO	54000
19	39306568	MALDONADO BELTRAN EDITH	1937	19/06/2020	MEDIAS HASTA LA RODILLA COMPRESION 8-15 MMHG	35200
20	30079690	DAVID ELIZABETH	1938	19/06/2020	BRACE INMOVILIZADOR DE HOMBRO TIPO AVION	131933
21	1152464806	PEREZ RAMIREZ CAROLINA	1957	19/06/2020	TOBILLERA CORTA PLEGABLE	14400
22	32462590	RIOS RAMIREZ MARIA ISABEL	1255	19/06/2020	MEDIAS CON GRADIENTE 15-20 MMHG HASTA LA RODILLA SIN PUNTERA	38500
23	1038867361	FALCON ZAPATA ISABELA	2008	19/06/2020	*PLANTILLAS SAL 90 X 12,BTM 160 X 7MM BAJORELIEVE ESPOLON CALCANEO $65.500*BANDA EPICONDILEA DERECHA $20.790*FERULA MUÑEQUERA DERECHA $18.225 ORDEN VALIDA POR CORREO ELECTRONICO	102605
24	42974284	VASQUEZ ZAPATA MARIA FABIOLA	18923	19/06/2020	MEDIAS CON GRADIENTE 15-20 A LA RODILLA SIN PUNTERA	38500
25	42968866	BERMUDEZ TABORDA BEATRIZ ELENA	6512	03/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	49440
26	32395578	GIRALDO DE VARELA BERTHA	6513	03/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	49440
27	4586248	HERNANDEZ OSPINA BLANCA LIGIA	6514	03/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	49440

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
RELACION DE SERVICIOS PRESTADOS -SMA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	NOMBRE DEL PACIENTE	ORDEN DE ATENCION No.	FECHA DE LA ORDEN	SERVICIO PRESTADO	VALOR FACTURADO
22112951	HENAO DE RIVERA HERCILIA	6515	03/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	49440
21365130	CASTAÑO DE GUTIERREZ MARIA AMPARO	6527	04/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	49440
21281574	RUIZ DE AGUDELO LIGIA	6568	06/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	49440
21362649	ARCILA DE CLAVIJO MARIA BALMY	6518	03/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	49440
21445172	PEREZ DE CADAVID MARIA OLIVA	6523	04/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	49440
32497333	HENAO DE GARCIA MIRIAM DEL SOCORRO	6524	04/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	49440
22167869	LORA URREGO AURA DE JESUS	6525	04/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	49440
21363624	LOPEZ VANEGAS MARIA LADY MARGUEVITE	6529	04/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	49440
22049359	DUQUE DE CARDONA MARIA LUCILA	6528	04/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	49440
21522683	SUAREZ DE CASTRILLON MARIA AMPARO	6526	04/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	49440
21285872	ROJAS DE PELAEZ MARIA DE JESUS	6520	03/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	49440
599581	SALAZAR HURTADO ANTONIO JESUS	6511	03/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	49440
26523078	CLAVIJO DE BARRAGAN JOSEFINA	6516	03/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	49440
21835542	ECHEVERRI DE ECHEVERRI MARIA ALICIA	6517	03/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	49440
21537202	LOPEZ DUQUE MARIA LIGIA	6522	03/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	49440
42974284	VASQUEZ ZAPATA MARIA FABIOLA	6521	03/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE	49440
42968866	BERMUDEZ TABORDA BEATRIZ ELENA	6272	01/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	123600
32395578	GIRALDO DE VARELA BERTHA	6273	01/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	123600
4586248	HERNANDEZ OSPINA BLANCA LIGIA	6274	01/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	123600
22112951	HENAO DE RIVERA HERCILIA	6275	01/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	123600
21365130	CASTAÑO DE GUTIERREZ MARIA AMPARO	6289	01/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	123600
21281574	RUIZ DE AGUDELO LIGIA	6277	01/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	123600
21362649	ARCILA DE CLAVIJO MARIA BALMY	6279	01/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	123600
21362649	ARCILA DE CLAVIJO MARIA BALMY	6280	01/07/2020	ALQUILER DE PIPETA PORTATIL ADICIONAL - MES DE JULIO	46000
21445172	PEREZ DE CADAVID MARIA OLIVA	6284	01/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	123600
32497333	HENAO DE GARCIA MIRIAM DEL SOCORRO	6285	01/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	123600
22167869	LORA URREGO AURA DE JESUS	6286	01/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	123600
21363624	LOPEZ VANEGAS MARIA LADY MARGUEVITE	6291	01/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	123600
22049359	DUQUE DE CARDONA MARIA LUCILA	6290	01/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	123600

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
RELACION DE SERVICIOS PRESTADOS -SMA

No.	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	NOMBRE DEL PACIENTE	ORDEN DE ATENCION No.	FECHA DE LA ORDEN	SERVICIO PRESTADO	VALOR FACTURADO
57	21522683	SUAREZ DE CASTRILLON MARIA AMPARO	6288	01/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	123600
58	21285872	ROJAS DE PELAEZ MARIA DE JESUS	6281	01/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	123600
59	599581	SALAZAR HURTADO ANTONIO JESUS	6271	01/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	123600
60	26523078	CLAVIJO DE BARRAGAN JOSEFINA	6276	01/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	123600
61	21835542	ECHEVERRI DE ECHEVERRI MARIA ALICIA	6278	01/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	123600
62	21537202	LOPEZ DUQUE MARIA LIGIA	6283	01/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	123600
63	42974284	VASQUEZ ZAPATA MARIA FABIOLA	6282	01/07/2020	GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	123600
64	32313686	ISAZA DE ZULUAGA ALBA LUCIA	6296	01/07/2020	CPAP STANDAR - ALQUILER ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	103000
65	8125032	VARGAS ALVAREZ ANDRES	6298	01/07/2020	CPAP STANDAR - ALQUILER ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	103000
66	656957	CIFUENTES PEREZ ALFONSO DE JESUS	6292	01/07/2020	CPAP STANDAR - ALQUILER ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	103000
67	20181495	MORENO DE BEDOYA MARY LUZ	6294	01/07/2020	CPAP STANDAR - ALQUILER ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	103000
68	43078039	ESCOBAR POSADA OLGA LUCIA	6295	01/07/2020	CPAP STANDAR - ALQUILER ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	103000
69	32439844	CARDONA MACIAS MARIA CRISTINA	6293	01/07/2020	CPAP STANDAR - ALQUILER ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	103000
70	43973139	ZULETA URIBE CRISTINA	6299	01/07/2020	BPAP AUTOMATICO - ALQUILER ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	235000
71	556032	ARANGO CHICA PABLO EMILIO	6305	01/07/2020	ALQUILER CAMA HOSPITALARIA MANUAL CON BARANDAS 3 (TRES) NIVELES ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	58001
72	32460854	HERRERA DE OCAMPO EDELMIRA	6301	01/07/2020	BPAP AUTOMATICO - ALQUILER ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	235000
73	21343785	PIEDRAHITA DE RAMIREZ MARTHA LIA	6303	01/07/2020	BPAP AUTOMATICO - ALQUILER ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020	235000
74	32345277	ZULUAGA DE POSADA CLARA OFELIA	6189	26/06/2020	CPAP CON MASCARA ORONASAL TALLA M, RAMPA DE 20, PRESION DE 6 CMS SEGUN PRESCRIPCION MEDICA (INGRESO PACIENTE NUEVO)	103000
75	21721562	PARRA BETANCUR ANA DE JESUS	6619	06/07/2020	MEDIAS DE COMPRESION 15-20 HASTA LA RODILLA	31283
76	21393127	LONDOÑO DE FRANCO MARIA RUTH	7218	24/07/2020	SE AUTORIZAN MEDIAS HASTA LA RODILLA CON GRADIENTE 15-20 MMHG CON PUNTERA	31283
77	32469954	ARROYAVE BARRIENTOS MARIA AMPARO	6971	15/07/2020	MEDIAS DE COMPRESION 20-	54849
					VALOR TOTAL	6231414

GTH-F-009 V.01

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811013645
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			COOSALUD SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 34 #65A-81	TELEFONO:	4448456
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	E-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Fabricación de productos farmacéuticos, sustancia
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		97573366702		TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Junio AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	Julio AÑO	2020
DIAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/07/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			671763101

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCIÓN	10	$ 2.664.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.664.400	$ 0	$ 2.664.400
230301	230301-PORVENIR	10	$ 2.394.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.394.800	$ 0	$ 2.394.800
231001	231001-COLFONDOS	4	$ 3.968.200	$ 0	$ 0	$ 103.400	$ 164.800	$ 0	$ 0	$ 4.234.400	$ 0	$ 4.234.400
25-14	25-14 COLPENSIONES	3	$ 4.079.400	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 329.200	$ 0	$ 0	$ 4.518.400	$ 0	$ 4.518.400
SUBTOTALES:										$ 13.812.000	$ 0	$ 13.812.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 196.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 196.300	$ 0	$ 0	$ 196.300
EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 124.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 124.700	$ 0	$ 0	$ 124.700
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	18		$ 0		$ 0		$ 0	$ 5.962.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.962.600	$ 0	$ 0	$ 5.962.600
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 49.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 49.900	$ 0	$ 0	$ 49.900
EPS040	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 55.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 55.800	$ 0	$ 0	$ 55.800
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 58.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 58.900	$ 0	$ 0	$ 58.900
SUBTOTALES:													$ 6.557.800	$ 0	$ 0	$ 6.557.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	27		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.555.300	$ 1.555.300	$ 0	$ 0	$ 1.555.300
SUBTOTALES:									$ 1.555.300	$ 0	$ 0	$ 1.555.300

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	27	$ 4.039.100	$ 0	$ 4.039.100
SUBTOTALES:			$ 4.039.100	$ 0	$ 4.039.100

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	2	$ 1.691.000	$ 0	$ 1.691.000
PASENA	PASENA - SENA	2	$ 1.127.400	$ 0	$ 1.127.400
SUBTOTALES:			$ 2.818.400	$ 0	$ 2.818.400

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																										PENSIÓN						SALUD						ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1001711988	JARAMILLO URIBE DORIS ADRIANA	DEPEND		$ 1.248.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.248.000	$ 199.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 199.400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.248.000	$ 49.900	$ 0	$ 49.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.248.000	1	$ 6.600	30	$ 1.248.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 49.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1017271455	RIVERA VELEZ JUAN ESTEBAN	DEPEND		$ 950.000	FIJO			SI										01-30							231001-COLFONDOS	30	$ 1.374.656	$ 220.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 220.000	EPS016-COOMEVA S.A.	30	$ 1.374.656	$ 55.000	$ 0	$ 55.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.374.656		$ 7.200	30	$ 1.374.656	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 55.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1026261756	LUGO GARCIA OLGA JAZMIN	DEPEND		$ 1.946.000	FIJO			SI	02																230301-PORVENIR	29	$ 1.591.134	$ 254.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 254.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	29	$ 1.591.134	$ 63.700	$ 0	$ 63.700	14-11 - ARL SURA	29	$ 1.591.134		$ 8.400	29	$ 1.591.134	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 63.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1035432786	GARCIA NIETAUTE LUISA FERNANDA	DEPEND		$ 1.838.000	FIJO			SI										01-30							230201-PROTECCION	30	$ 1.187.200	$ 190.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 190.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.187.200	$ 47.500	$ 0	$ 47.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.187.200		$ 29.000	30	$ 1.187.200	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 47.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1036600284	GARCIA ROJAS CAROLINA	DEPEND		$ 1.557.000	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1.557.000	$ 249.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 249.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.557.000	$ 62.300	$ 0	$ 62.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.557.000	01	$ 36.000	30	$ 1.557.000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 62.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 1036648373	CASTILLO MENESES JHONATAN	DEPEND		$ 1.000.000	FIJO			SI										01-30							230201-PROTECCION	30	$ 1.389.600	$ 222.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 222.400	EPS040 - SAVIA SALUD EPS	30	$ 1.389.600	$ 55.800	$ 0	$ 55.800	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.389.600		$ 60.500	30	$ 1.389.600	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 55.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI Pagos de Seguridad Social — Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: NIT — NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 811013645
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: OXISALUD SAS
CIUDAD/MUNICIPIO: MEDELLIN — DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA
DIRECCIÓN: CALLE 34 #66A-61 — TELÉFONO: 4448456
TIPO APORTANTE: 01-EMPLEADOR — CLASE APORTANTE: B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA: PRIVADA — ACTIVIDAD ECONOMICA: Fabricación de productos farmacéuticos, sustancia
FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 7757366702 — TIPO DE PLANILLA: E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS: MES junio AÑO 2020 — PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES julio AÑO 2020
DÍAS DE MORA: 0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2020/07/03 — NÚMERO AUTORIZACIÓN: 671763101

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
7	CC 1037620458	TORRES RUIZ JUAN SEBASTIAN	DEPEND		$ 5.300.000	FIJO			SI																	
8	CC 1037632193	ALCARAZ LOPEZ JOSE JOHAN	DEPEND		$ 996.400	FIJO			SI									01-30								
9	CC 1038826006	CANO VARGAS YANCI VANESA	APRENDICES ETAPA LECTIVA		$ 438.900				NO																	
10	CC 1039451854	TORRES CABALAN SERGIO LEONARDO	DEPEND		$ 1.468.700	FIJO			SI									01-30								
11	CC 1039460686	MARIN GOMEZ MARIA ALEJANDRA	DEPEND		$ 1.600.000	FIJO			SI																	
12	CC 1066737856	QUIROZ SALAZAR RAMON EMILIO	DEPEND		$ 2.246.117	FIJO			SI								01-30	01-30								
13	CC 1118552192	VARGAS ORTIZ JHONATAN SMITH	DEPEND		$ 1.981.400	FIJO			SI								01-30	01-30								
14	CC 1128397724	LONDOÑO BEDOYA NATALIA ANDREA	DEPEND		$ 994.400	FIJO			SI									01-30								
15	CC 1128427816	GIRALDO GARCIA DEISY VANESA	DEPEND		$ 1.878.383	FIJO			SI								01-30	01-30								
16	CC 1128453576	MARTINEZ CARDONA VIVIANA	DEPEND		$ 2.802.600	FIJO			SI																	
17	CC 1152217633	TORRES RUIZ GABRIELA	DEPEND		$ 2.750.700	FIJO			SI																	
18	CC 1152713817	ASPRILLA GONZALEZ SARA CATALINA	DEPEND		$ 950.000	FIJO			SI	18																
19	CC 36569956	MOSQUERA PEREA MARIA LOSANTO	DEPEND		$ 911.300	FIJO			SI																	
20	CC 43272893	URIBE GRAJALES LUZ STELLA	DEPEND		$ 2.904.400	FIJO			SI																	
21	CC 43710329	PALACIO RICO ADRIANA ANDREA	DEPEND		$ 990.000	FIJO			SI									01-30								
22	CC 51742578	RUIZ PARRA GLORIA MONICA	DEPEND		$ 15.362.400	FIJO			NO																	
23	CC 70167209	RUIZ CUERVO JOHN JAIRO	DEPEND		$ 1.000.000	FIJO			SI									01-30								
24	CC 71227964	CORREA CORREA WILSON ERNESTO	DEPEND		$ 1.050.000	FIJO			SI									01-30								

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN / SALUD

Nº	PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
7	231001-COLFONDOS	30	$ 5.300.000	$ 848.000	$ 26.500	$ 26.500	$ 0	$ 0	Normal	$ 901.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 5.300.000	$ 212.000	$ 0	$ 212.000
8	230301-PORVENIR	30	$ 1.078.400	$ 172.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 172.600	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.078.400	$ 43.200	$ 0	$ 43.200
9			$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	ESSC24-COOSALUD ESS	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800
10	230301-PORVENIR	30	$ 1.922.900	$ 307.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 307.700	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.922.900	$ 77.000	$ 0	$ 77.000
11	230201-PROTECCION	30	$ 1.600.000	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 256.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.600.000	$ 64.000	$ 0	$ 64.000
12	230301-PORVENIR	30	$ 1.456.900	$ 233.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 233.200	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.456.900	$ 58.300	$ 0	$ 58.300
13	230301-PORVENIR	30	$ 1.341.100	$ 214.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 214.600	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.341.100	$ 53.700	$ 0	$ 53.700
14	230301-PORVENIR	30	$ 1.496.400	$ 239.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 239.500	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.496.400	$ 59.900	$ 0	$ 59.900
15	230301-PORVENIR	30	$ 1.893.300	$ 303.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 303.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.893.300	$ 75.800	$ 0	$ 75.800
16	230201-PROTECCION	30	$ 2.802.600	$ 448.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 448.500	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 2.802.600	$ 112.200	$ 0	$ 112.200
17	231001-COLFONDOS	30	$ 2.750.700	$ 440.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 440.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 2.750.700	$ 110.100	$ 0	$ 110.100
18	230201-PROTECCION	15	$ 475.000	$ 76.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 76.000	EPS002-SALUD TOTAL	15	$ 475.000	$ 19.000	$ 0	$ 19.000
19	230301-PORVENIR	30	$ 911.300	$ 145.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.900	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 911.300	$ 36.500	$ 0	$ 36.500
20	230201-PROTECCION	30	$ 2.904.400	$ 464.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 464.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 2.904.400	$ 116.200	$ 0	$ 116.200
21	230301-PORVENIR	30	$ 1.794.000	$ 287.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 287.100	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.794.000	$ 71.800	$ 0	$ 71.800
22	231001-COLFONDOS	30	$ 15.362.400	$ 2.458.000	$ 138.300	$ 76.900	$ 0	$ 0	Normal	$ 2.673.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 15.362.400	$ 1.920.300	$ 0	$ 1.920.300
23	230201-PROTECCION	30	$ 1.741.900	$ 278.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 278.800	EPS016-COOMEVA S.A.	30	$ 1.741.900	$ 69.700	$ 0	$ 69.700
24	230201-PROTECCION	30	$ 1.519.863	$ 243.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 243.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.519.863	$ 60.800	$ 0	$ 60.800

ARP / PARAFISCALES

Nº	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
7	14-11 - ARL SURA	30	$ 5.300.000	103762045	$ 129.200	30	$ 5.300.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 212.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.078.400		$ 5.700	30	$ 1.078.400	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 43.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.922.900	1	$ 46.900	30	$ 1.922.900	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 77.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.600.000		$ 39.000	30	$ 1.600.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 64.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.456.900		$ 63.400	30	$ 1.456.900	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 58.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.341.100		$ 58.400	30	$ 1.341.100	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 53.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.496.400		$ 7.900	30	$ 1.496.400	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 59.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.893.300		$ 9.900	30	$ 1.893.300	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 75.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.802.600	01	$ 68.300	30	$ 2.802.600	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 112.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.750.700	115221763	$ 14.400	30	$ 2.750.700	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 110.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
18	14-11 - ARL SURA	15	$ 475.000		$ 2.500	15	$ 475.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 19.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
19	14-11 - ARL SURA	30	$ 911.300	1	$ 22.200	30	$ 911.300	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 36.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
20	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.904.400	1	$ 15.200	30	$ 2.904.400	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 116.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
21	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.794.000		$ 9.400	30	$ 1.794.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 71.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
22	14-11 - ARL SURA	30	$ 15.362.400	51742578	$ 80.200	30	$ 15.362.400	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 614.500	$ 307.300	$ 460.900	$ 0	$ 0
23	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.741.900		$ 75.800	30	$ 1.741.900	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 69.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
24	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.519.863		$ 66.200	30	$ 1.519.863	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 60.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada — acn SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	511013645
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL			OXISALUD SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 34 #66A-61	TELÉFONO:	4448456
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Fabricación de productos farmacéuticos, sustancia
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7757366702	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/07/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN.	671763101

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
25	CC 71229617	PUERTA GALEANO MILLER ALMAMILLER	DEPEND		$ 1.245.600	FIJO			SI									01-30								
26	CC 79366939	TORRES CABREJO JOSE ANTONIO	DEPEND		$ 41.001.000	FIJO			NO																	
27	CC 79410682	TORRES CABREJO GUILLERMO LEON	DEPEND		$ 2.061.660	FIJO			SI									01-30								
28	CC 8433262	MANCO VALLE LEON MAURICIO	DEPEND		$ 1.000.000	FIJO			SI									01-30								

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
25	230301-PORVENIR	30	$ 1.478.400	$ 236.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 236.600
26	25-14 COLPENSIONES	30	$ 21.945.075	$ 3.511.300	$ 329.200	$ 109.800	$ 0	$ 0	Normal	$ 3.950.300
27	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.304.350	$ 368.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 368.700
28	230201-PROTECCION	30	$ 1.471.800	$ 235.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 235.500

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
25	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.478.400	$ 59.200	$ 0	$ 59.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.478.400	1	$ 36.100
26	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 21.945.075	$ 2.743.200	$ 0	$ 2.743.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 21.945.075	79366939	$ 534.800
27	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 2.304.350	$ 92.200	$ 0	$ 92.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.304.350		$ 56.200
28	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.471.800	$ 58.900	$ 0	$ 58.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.471.800		$ 64.100

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
25	30	$ 1.478.400	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 59.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
26	30	$ 41.001.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 1.640.100	$ 820.100	$ 1.230.100	$ 0	$ 0
27	30	$ 2.304.350	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 92.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
28	30	$ 1.471.800	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 58.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 28.782.600

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811013845
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OXISALUD SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 34 #65A-61	TELÉFONO:	4448456
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	6-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Fabricación de productos farmacéuticos, sustancia
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7761276165		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/08/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		710169277

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	10	$ 2,793,800	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 2,793,800	$ 0	$ 2,793,800
231001	231001-COLFONDOS	4	$ 3,959,100	$ 0	$ 0	$ 183,400	$ 184,800	$ 0	$ 0	$ 4,227,300	$ 0	$ 4,227,300
25-14	25-14 COLPENSIONES	3	$ 4,073,900	$ 0	$ 0	$ 109,800	$ 329,200	$ 0	$ 0	$ 4,512,900	$ 0	$ 4,512,900
230301	230301-PORVENIR	10	$ 2,431,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2,431,100	$ 0	$ 2,431,100
SUBTOTALES:										$ 13,965,100	$ 0	$ 13,965,100

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109,800	$ 0	$ 0	$ 109,800
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 227,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227,200	$ 0	$ 0	$ 227,200
EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 55,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 55,000	$ 0	$ 0	$ 55,000
EPS010	EPS SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	21		$ 0		$ 0		$ 0	$ 6,145,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6,145,900	$ 0	$ 0	$ 6,145,900
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 55,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 55,700	$ 0	$ 0	$ 55,700
SUBTOTALES:													$ 6,583,600	$ 0	$ 0	$ 6,583,600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	27		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1,583,900	$ 1,583,900	$ 0	$ 0	$ 1,583,900
SUBTOTALES:									$ 1,583,900	$ 0	$ 0	$ 1,583,900

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	27	$ 4,076,400	$ 0	$ 4,076,400
SUBTOTALES:			$ 4,076,400	$ 0	$ 4,076,400

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
PAICBF	PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	2	$ 1,691,000	$ 0	$ 1,691,000
PASENA	PASENA - SENA	2	$ 1,127,400	$ 0	$ 1,127,400
SUBTOTALES:			$ 2,818,400	$ 0	$ 2,818,400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES					
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN	EXTRANJERO RESIDENTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	CCF IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1001711986	ARAMILLO BUSTAMANTE KORINA	DEPEND		$ 1,346,000	FIJO											01-30								25-14 COLPENSIONES	30	$ 1,391,400	$ 222,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 222,700	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1,391,400	$ 55,700	$ 0	$ 55,700	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,391,400	1	$ 7,300	30	$ 1,391,400	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 55,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1017271455	RIVERA VELEZ JUAN ESTEBAN	DEPEND		$ 990,000	FIJO											01-30								231001-COLFONDOS	30	$ 1,330,100	$ 212,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 212,900	EPS SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1,330,100	$ 53,300	$ 0	$ 53,300	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,330,100		$ 7,000	30	$ 1,330,100	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 53,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1026261750	LUGO GARCIA OLGA JAZMIN	DEPEND		$ 1,848,900	FIJO											01-30								230301-PORVENIR	30	$ 1,696,000	$ 271,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 271,400	EPS SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1,696,000	$ 67,900	$ 0	$ 67,900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,696,000		$ 8,900	30	$ 1,696,000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 67,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1035432788	GARCIA METAUTE LUISA FERNANDA	DEPEND		$ 1,038,000	FIJO											01-30								230201-PROTECCION	30	$ 1,212,800	$ 194,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 194,100	EPS SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1,212,800	$ 48,600	$ 0	$ 48,600	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,212,800		$ 29,600	30	$ 1,212,800	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 48,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1036600286	GARCIA ROJAS CAROLINA	DEPEND		$ 1,557,300	FIJO											01-30								230201-PROTECCION	30	$ 1,557,000	$ 249,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 249,200	EPS SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1,557,000	$ 62,300	$ 0	$ 62,300	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,557,000	01	$ 38,000	30	$ 1,557,000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 62,300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 1036844373	CASTILLO MENESES JHONATAN	DEPEND		$ 1,300,000	FIJO											01-30								230201-PROTECCION	30	$ 1,440,300	$ 230,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 230,500	EPS SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1,440,300	$ 57,700	$ 0	$ 57,700	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,440,300		$ 62,700	30	$ 1,440,300	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 57,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI Pago de Seguridad Social — Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811013645
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			OXISALUD SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 34 #66A-61	TELÉFONO:	4448456
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Fabricación de productos farmacéuticos, sustancia
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7761276165	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/08/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		710159277

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
7	CC 1037620458	TORRES RUIZ JUAN SEBASTIAN	DEPEND		$ 5.300.000	FIJO			SI
8	CC 1037632193	ALCARAZ LOPEZ JOSE JOHAN	DEPEND		$ 996.400	FIJO			SI
9	CC 1038928006	CANO VARGAS YANCI VANESA	APRENDICES ETAPA LECTIVA		$ 438.900				NO
10	CC 1039451884	TORRES GABALAN SERGIO LEONARDO	DEPEND		$ 1.466.700	FIJO			SI
11	CC 1039460686	MARIN GOMEZ MARIA ALEJANDRA	DEPEND		$ 1.600.000	FIJO			SI
12	CC 1066737856	QUIROZ BALAZAR RAMON EMILIO	DEPEND		$ 1.000.000	FIJO			SI
13	CC 1118552192	VARGAS ORTIZ JHONATAN SMITH	DEPEND		$ 1.000.000	FIJO			SI
14	CC 1128397724	LONDOÑO BEDOYA NATALIA ANDREA	DEPEND		$ 996.400	FIJO			SI
15	CC 1128427816	GIRALDO GARCIA DEISY VANESA	DEPEND		$ 1.600.000	FIJO			SI
16	CC 1128453576	MARTINEZ CARDONA VIVIANA	DEPEND		$ 2.802.600	FIJO			SI
17	CC 1152217833	TORRES RUIZ GABRIELA	DEPEND		$ 2.750.700	FIJO			SI
18	CC 1152713817	ASPRILLA GONZALEZ SARA CATALINA	DEPEND		$ 950.000	FIJO			SI
19	CC 39568956	MOSQUERA PEREA MARIA LOSANTO	DEPEND		$ 911.300	FIJO			SI
20	CC 43272893	URIBE GRAJALES LUZ STELLA	DEPEND		$ 2.904.400	FIJO			SI
21	CC 43710329	PALACIO RICO ADRIANA ANDREA	DEPEND		$ 990.000	FIJO			SI
22	CC 43710329	PALACIO RICO ADRIANA ANDREA	DEPEND		$ 990.000	FIJO			SI
23	CC 43710329	PALACIO RICO ADRIANA ANDREA	DEPEND		$ 990.000	FIJO			SI

NOVEDADES

Nº	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
7																	
8									01-30								
9																	
10									01-30								
11																	
12									01-30								
13									01-30								
14								01-30									
15									01-30								
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21									01-28								
22										29-30							
23												01-01					

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
7	231001-COLFONDOS	30	$ 5.300.000	$ 848.000	$ 26.500	$ 26.500	$ 0	$ 0	Normal	$ 901.000
8	230301-PORVENIR	30	$ 1.264.900	$ 202.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 202.400
9			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0
10	230301-PORVENIR	30	$ 1.837.700	$ 294.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 294.100
11	230201-PROTECCION	30	$ 1.600.000	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 256.000
12	230301-PORVENIR	30	$ 1.374.100	$ 219.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 219.900
13	230301-PORVENIR	30	$ 1.881.700	$ 301.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 301.100
14	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000
15	230301-PORVENIR	30	$ 2.088.300	$ 334.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 334.200
16	230201-PROTECCION	30	$ 2.802.600	$ 448.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 448.500
17	231001-COLFONDOS	30	$ 2.750.700	$ 440.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 440.200
18	230201-PROTECCION	30	$ 950.000	$ 152.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 152.000
19	230301-PORVENIR	30	$ 911.300	$ 145.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.900
20	230201-PROTECCION	30	$ 2.904.400	$ 464.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 464.800
21	230301-PORVENIR	27	$ 1.292.000	$ 206.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 206.800
22	230301-PORVENIR	2	$ 66.000	$ 10.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 10.600
23	230301-PORVENIR	1	$ 29.261	$ 4.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 4.700

SALUD — ARP — PARAFISCALES

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
7	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 5.300.000	$ 212.000	$ 0	$ 212.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 5.300.000	103762045	$ 129.200	30	$ 5.300.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 212.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.264.900	$ 50.600	$ 0	$ 50.600	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.264.900		$ 6.700	30	$ 1.264.900	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 50.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	ESSC24-COOSALUD ESS	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.837.700	$ 73.600	$ 0	$ 73.600	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.837.700	1	$ 44.800	30	$ 1.837.700	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 73.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.600.000	$ 64.000	$ 0	$ 64.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.600.000		$ 39.000	30	$ 1.600.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 64.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.374.100	$ 55.000	$ 0	$ 55.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.374.100		$ 59.800	30	$ 1.374.100	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 55.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.881.700	$ 75.300	$ 0	$ 75.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.881.700		$ 81.900	30	$ 1.881.700	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 75.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000		$ 6.800	30	$ 1.300.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.088.300	$ 83.600	$ 0	$ 83.600	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.088.300		$ 11.000	30	$ 2.088.300	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 83.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 2.802.600	$ 112.200	$ 0	$ 112.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.802.600	01	$ 68.300	30	$ 2.802.600	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 112.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 2.750.700	$ 110.100	$ 0	$ 110.100	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.750.700	115221763	$ 14.400	30	$ 2.750.700	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 110.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
18	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 950.000	$ 38.000	$ 0	$ 38.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 950.000		$ 5.000	30	$ 950.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 38.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
19	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 911.300	$ 36.500	$ 0	$ 36.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 911.300	1	$ 22.200	30	$ 911.300	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 36.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
20	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 2.904.400	$ 116.200	$ 0	$ 116.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.904.400	1	$ 15.200	30	$ 2.904.400	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 116.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
21	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	27	$ 1.292.000	$ 51.700	$ 0	$ 51.700	14-11 - ARL SURA	27	$ 1.292.000		$ 6.800	27	$ 1.292.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 51.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
22	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	2	$ 66.000	$ 0	$ 0	$ 0	14-11 - ARL SURA	2	$ 66.000		$ 0	2	$ 66.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 2.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
23	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	1	$ 29.261	$ 1.200	$ 0	$ 1.200	14-11 - ARL SURA	1	$ 29.261		$ 0	1	$ 22.178	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada — acn SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	811013645
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OXISALUD SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 34 #65A-61	TELEFONO:	4448456
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	5-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Fabricación de productos farmacéuticos, sustancia
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7761276165			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/08/12			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			710169277

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

	DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES									
																										PENSIÓN							SALUD							ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
24	CC 51742576	RUIZ PARRA DIDRIA MONICA	DEPEND		$ 15,382,400	FIJO		NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 15,382,400	$ 2,458,600	$ 138,300	$ 76,900	$ 0	$ 0	Normal	$ 2,673,200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIO S DE	30	$ 15,382,400	$ 1,920,300	$ 0	$ 1,920,300	14-11 - ARL SURA	30	$ 15,382,400	$ 51742576	$ 80,200	30	$ 15,382,400	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 614,500	$ 307,300	$ 460,900	$ 0	$ 0
25	CC 70167209	RUIZ CUERVO JOHN JAIRO	DEPEND		$ 1,000,000	FIJO		SI										01-30							230201-PROTECCION	30	$ 1,373,300	$ 219,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 219,800	EPS016-COOMEVA S.A.	30	$ 1,373,300	$ 55,000	$ 0	$ 55,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,373,300		$ 59,800	30	$ 1,373,300	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 55,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
26	CC 71227984	CORREA CORREA WILSON ERNESTO	DEPEND		$ 1,050,000	FIJO		SI										01-30							230201-PROTECCION	30	$ 1,898,100	$ 303,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 303,700	CIA SURAMERICANA DE SERVICIO S DE	30	$ 1,898,100	$ 76,000	$ 0	$ 76,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,898,100		$ 82,600	30	$ 1,898,100	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 76,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
27	CC 71228817	PUERTA SALDARIAGA MILLER ALEXANDER	DEPEND		$ 1,245,600	FIJO		SI										01-30							230301-PORVENIR	30	$ 1,449,600	$ 232,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 232,000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIO S DE	30	$ 1,449,600	$ 58,000	$ 0	$ 58,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,449,600	1	$ 35,400	30	$ 1,449,600	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 58,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
28	CC 79365939	TORRES CABREJO JOSE ANTONIO	DEPEND		$ 41,001,000	FIJO		NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 21,945,075	$ 3,511,300	$ 329,200	$ 109,800	$ 0	$ 0	Normal	$ 3,950,300	CIA SURAMERICANA DE SERVICIO S DE	30	$ 21,945,075	$ 2,743,200	$ 0	$ 2,743,200	14-11 - ARL SURA	30	$ 21,945,075	79365939	$ 534,600	30	$ 41,001,000	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 1,640,100	$ 820,100	$ 1,230,100	$ 0	$ 0
29	CC 79410882	TORRES CABREJO GUILLERMO LEON	DEPEND		$ 1,748,300	FIJO		SI										01-30							25-14 COLPENSIONES	30	$ 2,124,300	$ 339,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 339,900	CIA SURAMERICANA DE SERVICIO S DE	30	$ 2,124,300	$ 85,000	$ 0	$ 85,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2,124,300		$ 51,800	30	$ 2,124,300	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 85,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
30	CC 84332532	MARIÑO VALLE LEON MAURICIO	DEPEND		$ 1,900,200	FIJO		SI										01-30							230201-PROTECCION	30	$ 1,719,700	$ 275,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 275,200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIO S DE	30	$ 1,719,700	$ 68,800	$ 0	$ 68,800	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,719,700		$ 74,900	30	$ 1,719,700	SCCF04-CCF DE ANTIOQUIA	$ 68,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 29,037,400

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

OXISALUD S.A.S.
Oxigeno 24 horas a domicilio
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

Certificación BPM INVIMA

CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Medellín, 03 de Junio 2020

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo, **MARIA ELENA VASQUEZ MUÑOZ**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. **43.048.024** en mi calidad de Revisora Fiscal de la Sociedad **OXISALUD S.A.S.** identificada con **NIT 811.013.645-9**, manifiesto que la empresa se encuentra a paz y salvo por todo concepto de pago de los aportes de los empleados a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales.

Atentamente,

MARIA ELENA VASQUEZ MUÑOZ
CC. 43.048.024
Revisor Fiscal
TP 71280-T

OXISALUD S.A.S.
Oxigeno 24 horas a domicilio
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

Certificación BPM INVIMA

CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Medellín, 02 de Julio de 2020

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo, **MARIA ELENA VASQUEZ MUÑOZ,** identificado con Cédula de Ciudadanía No. **43.048.024** en mi calidad de Revisora Fiscal de la Sociedad **OXISALUD S.A.S.** identificada con **NIT. 811.013.645-9**, manifiesto que la empresa se encuentra a paz y salvo por todo concepto de pago de los aportes de los empleados a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales correspondiente al mes de Julio de 2020.

Atentamente,

MARIA ELENA VASQUEZ MUÑOZ
CC. 43.048.024
Revisor Fiscal
TP 71280-T

Contratante	Servicio Médico Asistencial - SENA - Regional ANTIOQUIA
Contratista	103011-OXISALUD SAS - 811013645
Impreso para Relación	21/08/2020

Cuenta Cobro	Nro. Factura	Fecha Factura	Valor sin IVA	(-Glosas)	Valor IVA	Valor Total	Fecha de Aval	Observación
1639	FE 1795	21/07/2020	1539002	1056400	88198	1627200	04/08/2020	Glosa
	NC 234	04/08/2020	-1056400	0	0	-1056400	04/08/2020	
1640	FE 1931	03/08/2020	681013	0	44425	725438	04/08/2020	Sin glosa
1641	FE 1936	03/08/2020	939360	0	0	939360	04/08/2020	Sin glosa
-	FE 2010	07/08/2010	690000	0	0	690000	-	Sin glosa
1763	FE 1934	03/08/2020	3641460	0	236941	3878401	21/08/2020	Sin glosa
1764	FE 1935	03/08/2020	98668	0	18747	117415	21/08/2020	Sin glosa
		Totales	6533103	1056400	388311	6921414		

Con la presente certifico que la Institución revisada es una IPS Habilitada ante la DSSA y Ministerio de Salud

Luis German Henao Maya

Medico Auditor

1639

OXISALUD S.A.S.
NIT: 811.013.645-9 * IVA RÉGIMEN COMÚN
Calle 34 No. 66A - 61 * Medellín - Colombia
E-mail: oxisalud@une.net.co * Tel: (4) 444 84 56
No somos Grandes Contribuyentes
No somos Autorretenedores

FACTURA DE VENTA No.
FE 1795

Resol Autorización No.18762012769986 de 2019/02/07. Aut. desde FE-1 al FE-10000. 18 MESES.

CLIENTE	SENA
NIT	899999034 1
DIRECCION	CLL 48 4 131 K 1 VIA A STA ELENA
CIUDAD	Medellín
TELEFONO	4445621
FECHA FACTURA	21/07/2020
FECHA VENCIMIENTO	20/08/2020

OBSERVACIONES
PACIENTES CON OXIGENO*CAMA*VPAP*CPAP, CORTE DEL 19 AL 30 DE JUNIO 2020 CAMBIO DE CONTRATO

VENDEDOR	FORMA DE PAGO
NATALIA ANDREA LONDOÑO BEDOYA	Credito

Descripción	Cant.	Und.	Valor Unitario	IVA	Total
CAMA MANUAL - ALQUILER	12,00	Und.	1.625	19%	19.496
CPAP STANDART - ALQUILER	72,00	Und.	2.885	19%	207.731
VPAP AUTOMATICO-ALQUILER	36,00	Und.	6.583	19%	236.975
SUMINISTRO GENERADOR	228,00	Und.	4.633	0%	1.056.400
SUMINISTRO PORTATIL ADICIONAL (EPS SURA)	12,00	Und.	1.533	0%	18.400

Valor en Letras
UN MILLON SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**1.539.002**
DESCUENTO	**0**
IVA	**88.198**
CUOTA MODERADORA	**0**
TOTAL FACTURA	**1.627.200**

Observaciones: La factura se entiende irrevocablemente aceptada dentro de los 3 días habiles siguientes a su recepción, de conformidad Art. 86 Ley1676/2013*POR FAVOR CONSIGNAR EN CUENTA CTE. BANCOLOMBIA No. 012-011377-11 A NOMBRE DE OXISALUD S.A.S.

Firma Emisor Factura

Recibí conforme y acepto esta factura por los productos y/o servicios prestados. Ley 1231/2008.

Firma de Recibo _____
Nombre _____ C.C. _____
Fecha _____

CUFE: 755e473f5a47efe5c28d6109c79606f48b5cd369

1639

234

SENA
899999034 1

NC FC No FE 1795 GLOSAN GENERADOR FACT INDEPENDIENTE

CLL 48 4 131 K 1 VIA A Medellín 4445621

FV FE 1795

martes, 4 de agosto de 2020 20-ago.-20 NATALIA ANDREA LONDOÑO BEDOYA Credito

SUMINISTRO GENERADOR	228,00	Unidad	4.633	0%	1.056.400

UN MILLON CINCUENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE

	1.056.400
	0
	0
	0
	0
	0
	1.056.400

CUDE: 2454b273a2a82da083c56043988880b318e9cc78b8a6e6ee2c32ba9f255d4ea65ae6c6d1411150fba5c11efd7ce793af Fecha Hora Expedición: 04/08/2020 07:57 AM
Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)

Factura 1795

AC.	JUNIO	32313686	ALBA LUCIA ISAZA	6534 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	CPAP SENCILLO	2.885	12	N/A	34.622	6.578	41.200
AC.	JUNIO	8125032	ANDRES VARGAS ALVAREZ	6535 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	CPAP SENCILLO	2.885	12	N/A	34.622	6.578	41.200
AC	JUNIO	656957	ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ	6530 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	CPAP SENCILLO	2.885	12	N/A	34.622	6.578	41.200
AC	JUNIO	20181495	MARY LUZ MORENO DE BEDOYA	6532 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	CPAP SENCILLO	2.885	12	N/A	34.622	6.578	41.200
AC	MAYO	43078039	OLGA LUCIA ESCOBAR POSADA	6533 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	Ok, 42!. CPAP SENCILLO	2.885	12	N/A	34.622	6.578	41.200
AC.	JUNIO	32439844	MARIA CRISTINA CARDONA MACIAS	6531 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	CPAP SENCILLO	2.885	12	N/A	34.622	6.578	41.200
AC.	JUNIO	43973139	CRISTINA ZULETA URIBE	6536 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	VPAP SENCILLO	6.583	12	N/A	78.992	15.008	94.000
AC	JUNIO	556032	PABLO EMILIO ARANGO CHICA	6538 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	CAMA MANUAL	1.625	12	N/A	19.496	3.704	23.200
AC.	JUNIO	32460854	EDELMIRA HERRERA DE OCAMPO	6537 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	VPAP SENCILLO	6.583	12	N/A	78.992	15.008	94.000
AC	JUNIO	21343785	MARTHA LIA PIEDRAHITA DE RAMIREZ	6569 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	VPAP SENCILLO	6.583	12	N/A	78.992	15.008	94.000
						TOTAL				1.539.002	88.198	1.627.200

Impreso: 2020-07-04

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6534

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

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.

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 PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: vgonzalezg

OxiSALUD S.A.S.
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.
696812
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO
315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☒ Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 13/7/20 **Movil No.** 6 Entidad: SENA

Nombre: Alba Lucia Isaza Servicio: 108121

D/ 11511

Observaciones: CPAP + Humificador
Contrato 2020

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad. Si lo requiere antes, debe dirigirse a la Calle 29 # 65A- 04 barrio Trinidad, en nuestros horarios de atención. Debe llamar dos horas antes para reservarlo.
- 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 las 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 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su firma, usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados.

OXIMETRIA
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]
Hora: 11:55 C.C. 43[illegible]

NIT. 811.013.645-9
S.A.S.
OXISALUD
Oxígeno 24 horas a domicilio
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

Calle 34 No.66A -61 - **Teléfono:** 444 84 56- Medellín - Colombia
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

No. 2647

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Alba Lucia Isaza , mayor de edad, identificado y domiciliado como aparece al pie de mí firma, obrando en nombre propio declaro por medio del presente instrumento que:

PRIMERO: El día de hoy estoy recibiendo en mi domicilio por parte de OXISALUD S.A.S; sociedad comercial débidamente constituida bajo la ley mercantil colombiana identificada tributariamente bajo el NIT. 811.013.645-9, los equipos que se identifican a continuación:

EQUIPO	SERIAL (Identificación)
Cpap + Humificador	11511.

SEGUNDO: Estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Por tanto, reconozco y acepto que la cuota moderadora/Alquiler - Copago que debo asumir por el servicio, se la pagaré mensualmente a OXISALUD S.A.S de la siguiente forma:

VALOR	FECHA	FORMA (digital o en oficina)

Acepto que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el IPC, por lo tanto, en ese evento también me comprometo a pagar dicho valor en la forma mencionada o en aquella que sea acordada de manera escrita posteriormente con OXISALUD S.A.S.

De igual manera, reconozco que en caso de incumplimiento en el pago de la suma de dinero correspondiente, pagaré intereses moratorios a la tasa máxima permitida por la Ley a partir del día siguiente del incumplimiento de la obligación.

Ante cualquier incumplimiento por el pago de los valores mencionados, reconozco que OXISALUD S.A.S puede ejercer su derecho de restitución, por lo tanto, estaré obligado a restituir (devolver) el equipo al día siguiente del incumplimiento.

TERCERO: Los equipos recibidos se encuentran completos, en perfecto estado y funcionando correctamente. Además, fueron instalados en debida forma y fui capacitado del manejo de los mismos.

En caso tal que destruya, dañe o pierda los equipos entregados e identificados en el presente documento, me comprometo a asumir el valor comercial de los mismos y pagarlo a OXISALUD S.A.S dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la destrucción, daño o pérdida, en la forma que para el efecto me sea informado.

Así las cosas, autorizo a OXISALUD S.A.S a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado de los equipos.

Me comprometo a informar a OXISALUD S.A.S sobre cualquier cambio de domicilio o necesidad de trasladar el equipo a un lugar diferente. Lo anterior, teniendo en cuenta que los equipos no podrán ser trasladados a un lugar diferente sin autorización de OXISALUD S.A.S. La falta de notificación será causal de incumplimiento del presente Acuerdo.

CUARTO: Reconozco que la propiedad de los equipos entregados le corresponde exclusivamente a OXISALUD S.A.S, motivo por el cual comprendo que su entrega no me otorga ningún derecho diferente al concedido para el uso, conforme a la autorización dada por la Entidad.

QUINTO: Autorizo a OXISALUD S.A.S para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles, es decir, realizar operaciones sobre los mismos como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos, tales como intermediarios de seguro, y encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

SEXTO: Acepto que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en cuenta que son claras, expresas y exigibles.

SÉPTIMO: En todo caso, me comprometo incondicionalmente a asumir el valor que se cause como consecuencia de lo acordado en el presente documento y pagarlo a OXISALUD S.A.S en la forma y plazo previsto.

En señal de aceptación, firmo el presente documento en la ciudad de Medellín a los _____

Paciente/responsable que Recibe:	Oxisalud S.A.S	Funcionario que Entrega:
Firma		Firma
Nombre: [illegible] CC. 8214905		Nombre: _____
Domicilio: _____		CC. _____

Impreso: 2020-07-04

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6535

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

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 PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 32460019

creada por: vgonzalezg

OxiSALUD S.A.S.
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.
696813
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

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

Fecha, 13/7/20 **Movil No.** 6 Entidad: SEVA

Nombre: Andres Vargas Alvarez Servicio: 72038

DI 18593

Observaciones: Cpap + Humificador

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad. Si lo requiere antes, debe dirigirse a la Calle 29 # 65A- 04 barrio Trinidad, en nuestros horarios de atención. Debe llamar dos horas antes para reservarlo.
- 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 las 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 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su firma, usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados.

OXIMETRIA
CON O2: ☐☐☐☐☐ SIN O2: ☐☐☐☐☐

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 Ospina O.

Hora: 11:30 C.C. 32460019

NIT. 811.013.645-9
S.A.S.
OXISALUD
Oxígeno 24 horas a domicilio
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

Calle 34 No.66A -61 - Teléfono: 444 84 56- Medellín - Colombia
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

No. 2648

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Andres Vargas Alvarez, mayor de edad, identificado y domiciliado como aparece al pie de mí firma, obrando en nombre propio declaro por medio del presente instrumento que:

PRIMERO: El día de hoy estoy recibiendo en mi domicilio por parte de OXISALUD S.A.S; sociedad comercial debidamente constituida bajo la ley mercantil colombiana identificada tributariamente bajo el NIT. 811.013.645-9, los equipos que se identifican a continuación:

EQUIPO	SERIAL (Identificación)
Cpap + Humificador	18593

SEGUNDO: Estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Por tanto, reconozco y acepto que la cuota moderadora/Alquiler - Copago que debo asumir por el servicio, se la pagaré mensualmente a OXISALUD S.A.S de la siguiente forma:

VALOR	FECHA	FORMA (digital o en oficina)

Acepto que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el IPC, por lo tanto, en ese evento también me comprometo a pagar dicho valor en la forma mencionada o en aquella que sea acordada de manera escrita posteriormente con OXISALUD S.A.S.

De igual manera, reconozco que en caso de incumplimiento en el pago de la suma de dinero correspondiente, pagaré intereses moratorios a la tasa máxima permitida por la Ley a partir del día siguiente del incumplimiento de la obligación.

Ante cualquier incumplimiento por el pago de los valores mencionados, reconozco que OXISALUD S.A.S puede ejercer su derecho de restitución, por lo tanto, estaré obligado a restituir (devolver) el equipo al día siguiente del incumplimiento.

TERCERO: Los equipos recibidos se encuentran completos, en perfecto estado y funcionando correctamente. Además, fueron instalados en debida forma y fui capacitado del manejo de los mismos.

En caso tal que destruya, dañe o pierda los equipos entregados e identificados en el presente documento, me comprometo a asumir el valor comercial de los mismos y pagarlo a OXISALUD S.A.S dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la destrucción, daño o pérdida, en la forma que para el efecto me sea informado.

Así las cosas, autorizo a OXISALUD S.A.S a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado de los equipos.

Me comprometo a informar a OXISALUD S.A.S sobre cualquier cambio de domicilio o necesidad de trasladar el equipo a un lugar diferente. Lo anterior, teniendo en cuenta que los equipos no podrán ser trasladados a un lugar diferente sin autorización de OXISALUD S.A.S. La falta de notificación será causal de incumplimiento del presente Acuerdo.

CUARTO: Reconozco que la propiedad de los equipos entregados le corresponde exclusivamente a OXISALUD S.A.S, motivo por el cual comprendo que su entrega no me otorga ningún derecho diferente al concedido para el uso, conforme a la autorización dada por la Entidad.

QUINTO: Autorizo a OXISALUD S.A.S para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles, es decir, realizar operaciones sobre los mismos como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos, tales como intermediarios de seguro, y encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

SEXTO: Acepto que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en cuenta que son claras, expresas y exigibles.

SÉPTIMO: En todo caso, me comprometo incondicionalmente a asumir el valor que se cause como consecuencia de lo acordado en el presente documento y pagarlo a OXISALUD S.A.S en la forma y plazo previsto.

En señal de aceptación, firmo el presente documento en la ciudad de Medellín a los _____

Paciente/responsable que Recibe:	Oxisalud S.A.S	Funcionario que Entrega:
Firma		Firma
Nombre: Anibal Ortiz CC. _____		Nombre: _____
Domicilio: _____		CC. _____

Impreso: 2020-07-04

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6530

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

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.

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 PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción Regina Calderón A

C.C. 42783265

creada por: vgonzalezg

OXISALUD S.A.S.
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.
696809
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☒ Revisado ☐ Recolección ☐

315 588 35 76

Fecha, 13/7/20 **Movil No.** 6 Entidad: SENA

Nombre: Alfonso de Jesus C. Servicio: 10'1101

D/I 13683

Observaciones: CPAP + Humificador
Contrato 2020

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad. Si lo requiere antes, debe dirigirse a la Calle 29 # 65A- 04 barrio Trinidad, en nuestros horarios de atención. Debe llamar dos horas antes para reservarlo.
- 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 las 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 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su firma, usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados.

OXIMETRÍA
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 Regina Calderon
Hora: 9:05 c/c. 42783265

NIT. 811.013.645-9
S.A.S.
OXISALUD
Oxígeno 24 horas a domicilio
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

Calle 34 No.66A -61 - Teléfono: 444 84 56- Medellín - Colombia
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

No. 2644

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Alfonso de Jesus Cifuentes, mayor de edad, identificado y domiciliado como aparece al pie de mí firma, obrando en nombre propio declaro por medio del presente instrumento que:

PRIMERO: El día de hoy estoy recibiendo en mi domicilio por parte de OXISALUD S.A.S; sociedad comercial debidamente constituida bajo la ley mercantil colombiana identificada tributariamente bajo el NIT. 811.013.645-9, los equipos que se identifican a continuación:

EQUIPO	SERIAL (Identificación)
CpAp + Humificador	13683

SEGUNDO: Estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Por tanto, reconozco y acepto que la cuota moderadora/Alquiler - Copago que debo asumir por el servicio, se la pagaré mensualmente a OXISALUD S.A.S de la siguiente forma:

VALOR	FECHA	FORMA (digital o en oficina)

Acepto que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el IPC, por lo tanto, en ese evento también me comprometo a pagar dicho valor en la forma mencionada o en aquella que sea acordada de manera escrita posteriormente con OXISALUD S.A.S.

De igual manera, reconozco que en caso de incumplimiento en el pago de la suma de dinero correspondiente, pagaré intereses moratorios a la tasa máxima permitida por la Ley a partir del día siguiente del incumplimiento de la obligación.

Ante cualquier incumplimiento por el pago de los valores mencionados, reconozco que OXISALUD S.A.S puede ejercer su derecho de restitución, por lo tanto, estaré obligado a restituir (devolver) el equipo al día siguiente del incumplimiento.

TERCERO: Los equipos recibidos se encuentran completos, en perfecto estado y funcionando correctamente. Además, fueron instalados en debida forma y fui capacitado del manejo de los mismos.

En caso tal que destruya, dañe o pierda los equipos entregados e identificados en el presente documento, me comprometo a asumir el valor comercial de los mismos y pagarlo a OXISALUD S.A.S dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la destrucción, daño o pérdida, en la forma que para el efecto me sea informado.

Así las cosas, autorizo a OXISALUD S.A.S a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado de los equipos.

Me comprometo a informar a OXISALUD S.A.S sobre cualquier cambio de domicilio o necesidad de trasladar el equipo a un lugar diferente. Lo anterior, teniendo en cuenta que los equipos no podrán ser trasladados a un lugar diferente sin autorización de OXISALUD S.A.S. La falta de notificación será causal de incumplimiento del presente Acuerdo.

CUARTO: Reconozco que la propiedad de los equipos entregados le corresponde exclusivamente a OXISALUD S.A.S, motivo por el cual comprendo que su entrega no me otorga ningún derecho diferente al concedido para el uso, conforme a la autorización dada por la Entidad.

QUINTO: Autorizo a OXISALUD S.A.S para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles, es decir, realizar operaciones sobre los mismos como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos, tales como intermediarios de seguro, y encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

SEXTO: Acepto que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en cuenta que son claras, expresas y exigibles.

SÉPTIMO: En todo caso, me comprometo incondicionalmente a asumir el valor que se cause como consecuencia de lo acordado en el presente documento y pagarlo a OXISALUD S.A.S en la forma y plazo previsto.

En señal de aceptación, firmo el presente documento en la ciudad de Medellín a los _____

Paciente/responsable que Recibe:	Oxisalud S.A.S	Funcionario que Entrega:
Firma		Firma
Nombre: Regina Cardenas CC. 42783269 Domicilio:		Nombre: _____ CC. _____

Impreso: 2020-07-04

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6532

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

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.

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 PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

Médico/Odontólogo Asesor

Mary L. de Bedoya M
Recibido a Satisfacción C.C. 20181495

creada por: vgonzalezg

S.A.S.
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.
696811
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO
315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☒ Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 16/7/20 **Movil No.** 6 Entidad: SENA

Nombre: Mari luz Moreno Servicio: 72272

DII 14877 DII 14878

Observaciones: Cpap + Humificador
Contrato 2020

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad. Si lo requiere antes, debe dirigirse a la Calle 29 # 65A- 04 barrio Trinidad, en nuestros horarios de atención. Debe llamar dos horas antes para reservarlo.
- 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 las 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 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).

Con su firma, usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados.

OXIMETRIA
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 _____

Mary L. de Bedoya 20181485
Nombre quien recibe a satisfacción C.C.
Hora: 10:49 m

NIT. 811.013.645-9

OXISALUD S.A.S.

Oxígeno 24 horas a domicilio

ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

Calle 34 No.66A -61 - **Teléfono:** 444 84 56- Medellín - Colombia
e-mail: **atencionalusuario@oxisalud.com.co**
www.oxisalud.com.co

No. 2646

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Mari Luz Moreno De Bedoya , mayor de edad, identificado y domiciliado como aparece al pie de mí firma, obrando en nombre propio declaro por medio del presente instrumento que:

PRIMERO: El día de hoy estoy recibiendo en mi domicilio por parte de OXISALUD S.A.S; sociedad comercial debidamente constituida bajo la ley mercantil colombiana identificada tributariamente bajo el NIT. 811.013.645-9, los equipos que se identifican a continuación:

EQUIPO	SERIAL (Identificación)
CPAP + Humificador	14877 - 14878

SEGUNDO: Estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Por tanto, reconozco y acepto que la cuota moderadora/Alquiler - Copago que debo asumir por el servicio, se la pagaré mensualmente a OXISALUD S.A.S de la siguiente forma:

VALOR	FECHA	FORMA (digital o en oficina)

Acepto que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el IPC, por lo tanto, en ese evento también me comprometo a pagar dicho valor en la forma mencionada o en aquella que sea acordada de manera escrita posteriormente con OXISALUD S.A.S.

De igual manera, reconozco que en caso de incumplimiento en el pago de la suma de dinero correspondiente, pagaré intereses moratorios a la tasa máxima permitida por la Ley a partir del día siguiente del incumplimiento de la obligación.

Ante cualquier incumplimiento por el pago de los valores mencionados, reconozco que OXISALUD S.A.S puede ejercer su derecho de restitución, por lo tanto, estaré obligado a restituir (devolver) el equipo al día siguiente del incumplimiento.

TERCERO: Los equipos recibidos se encuentran completos, en perfecto estado y funcionando correctamente. Además, fueron instalados en debida forma y fui capacitado del manejo de los mismos.

En caso tal que destruya, dañe o pierda los equipos entregados e identificados en el presente documento, me comprometo a asumir el valor comercial de los mismos y pagarlo a OXISALUD S.A.S dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la destrucción, daño o pérdida, en la forma que para el efecto me sea informado.

Así las cosas, autorizo a OXISALUD S.A.S a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado de los equipos.

Me comprometo a informar a OXISALUD S.A.S sobre cualquier cambio de domicilio o necesidad de trasladar el equipo a un lugar diferente. Lo anterior, teniendo en cuenta que los equipos no podrán ser trasladados a un lugar diferente sin autorización de OXISALUD S.A.S. La falta de notificación será causal de incumplimiento del presente Acuerdo.

CUARTO: Reconozco que la propiedad de los equipos entregados le corresponde exclusivamente a OXISALUD S.A.S, motivo por el cual comprendo que su entrega no me otorga ningún derecho diferente al concedido para el uso, conforme a la autorización dada por la Entidad.

QUINTO: Autorizo a OXISALUD S.A.S para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles, es decir, realizar operaciones sobre los mismos como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos, tales como intermediarios de seguro, y encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

SEXTO: Acepto que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en cuenta que son claras, expresas y exigibles.

SÉPTIMO: En todo caso, me comprometo incondicionalmente a asumir el valor que se cause como consecuencia de lo acordado en el presente documento y pagarlo a OXISALUD S.A.S en la forma y plazo previsto.

En señal de aceptación, firmo el presente documento en la ciudad de Medellín a los _____

Paciente/responsable que Recibe: Firma Mary L. de Bedoya Nombre: Mary Luz Moreno de Bedoya Domicilio: _____ CC 20181491	Oxisalud S.A.S	Funcionario que Entrega: Firma Nombre: _____ CC. _____

Impreso: 2020-07-04

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6533

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

HC: 43078039

Favor atender por nuestra cuenta a ESCOBAR POSADA OLGA LUCIA identificado con el carne 79445929-C Conyuge de FORERO AGUDELO JORGE ISAAC 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 PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

Médico/Odontólogo Asesor

Olga Lucia Escobar P

Recibido a Satisfacción C.C. 43078039

creada por: vgonzalezg

OXISALUD S.A.S.
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.
696820
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

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

Fecha, 22. 07. 20 **Movil No.** 3 JULIAN Entidad: SENA

Nombre: Olga lucia Escobar Servicio: 78184

DII 14443 DII 14444

Observaciones: CPAP + Humificador
Contrato 2020

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad. Si lo requiere antes, debe dirigirse a la Calle 29 # 65A- 04 barrio Trinidad, en nuestros horarios de atención. Debe llamar dos horas antes para reservarlo.
- 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 las 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 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su firma, usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados.

OXIMETRIA
CON O2 ☐☐☐☐☐☐ SIN O2 ☐☐☐☐☐☐

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 Olga lucia Escobar P
Hora: _____ C.C. 43078039

NIT. 811.013.645-9

S.A.S.

OXISALUD

Oxígeno 24 horas a domicilio

ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

Calle 34 No.66A -61 - Teléfono: 444 84 56- Medellín - Colombia
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

No. 6505

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Olga Lucia Escobar, mayor de edad, identificado y domiciliado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio declaro por medio del presente instrumento que:

PRIMERO: El día de hoy estoy recibiendo en mi domicilio por parte de OXISALUD S.A.S; sociedad comercial debidamente constituida bajo la ley mercantil colombiana identificada tributariamente bajo el NIT. 811.013.645-9, los equipos que se identifican a continuación:

EQUIPO	SERIAL (Identificación)
CPAP + Humificador	14443 - 14444

SEGUNDO: Estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Por tanto, reconozco y acepto que la cuota moderadora/Alquiler - Copago que debo asumir por el servicio, se la pagaré mensualmente a OXISALUD S.A.S de la siguiente forma:

VALOR	FECHA	FORMA (digital o en oficina)

Acepto que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el IPC, por lo tanto, en ese evento también me comprometo a pagar dicho valor en la forma mencionada o en aquella que sea acordada de manera escrita posteriormente con OXISALUD S.A.S.

De igual manera, reconozco que en caso de incumplimiento en el pago de la suma de dinero correspondiente, pagaré intereses moratorios a la tasa máxima permitida por la Ley a partir del día siguiente del incumplimiento de la obligación.

Ante cualquier incumplimiento por el pago de los valores mencionados, reconozco que OXISALUD S.A.S puede ejercer su derecho de restitución, por lo tanto, estaré obligado a restituir (devolver) el equipo al día siguiente del incumplimiento.

TERCERO: Los equipos recibidos se encuentran completos, en perfecto estado y funcionando correctamente. Además, fueron instalados en debida forma y fui capacitado del manejo de los mismos.

En caso tal que destruya, dañe o pierda los equipos entregados e identificados en el presente documento, me comprometo a asumir el valor comercial de los mismos y pagarlo a OXISALUD S.A.S dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la destrucción, daño o pérdida, en la forma que para el efecto me sea informado.

Así las cosas, autorizo a OXISALUD S.A.S a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado de los equipos.

Me comprometo a informar a OXISALUD S.A.S sobre cualquier cambio de domicilio o necesidad de trasladar el equipo a un lugar diferente. Lo anterior, teniendo en cuenta que los equipos no podrán ser trasladados a un lugar diferente sin autorización de OXISALUD S.A.S. La falta de notificación será causal de incumplimiento del presente Acuerdo.

CUARTO: Reconozco que la propiedad de los equipos entregados le corresponde exclusivamente a OXISALUD S.A.S, motivo por el cual comprendo que su entrega no me otorga ningún derecho diferente al concedido para el uso, conforme a la autorización dada por la Entidad.

QUINTO: Autorizo a OXISALUD S.A.S para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles, es decir, realizar operaciones sobre los mismos como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos, tales como intermediarios de seguro, y encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

SEXTO: Acepto que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en cuenta que son claras, expresas y exigibles.

SÉPTIMO: En todo caso, me comprometo incondicionalmente a asumir el valor que se cause como consecuencia de lo acordado en el presente documento y pagarlo a OXISALUD S.A.S en la forma y plazo previsto.

En señal de aceptación, firmo el presente documento en la ciudad de Medellín a los 22-07-20

Paciente/responsable que Recibe:	Oxisalud S.A.S	Funcionario que Entrega:
Firma Olga Lucia Escobar P		Firma
Nombre: Olga Lucia Escobar P CC. 43078039		Nombre:
Domicilio: Cra 46 B # 40B 41		CC.

Impreso: 2020-07-04

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6531

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

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 PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

Guillermo Narvaez 17047959

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: vgonzalezg

OXISALUD S.A.S.
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.
696810
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

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

Fecha: 15/7/20 **Movil No.** 6 Entidad: SENA

Nombre: Maria Cristina Cardona Servicio: 101187

DII 14359 DII 14360

Observaciones: CPAP + Humificador
Contrato 2020

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad. Si lo requiere antes, debe dirigirse a la Calle 29 # 65A- 04 barrio Trinidad, en nuestros horarios de atención. Debe llamar dos horas antes para reservarlo.
- 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 las 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 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su firma, usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados.

OXIMETRÍA
CON O₂ ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O₂ ☐☐☐ ☐☐☐

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

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS _____

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

Guillermo Narvaez

Nombre quien recibe a satisfacción

Hora: 4:20

C.C. 17.047.959

NIT. 811.013.645-9

S.A.S.

OXISALUD

Oxígeno 24 horas a domicilio

ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

Calle 34 No.66A -61 - **Teléfono:** 444 84 56- Medellín - Colombia
e-mail: **atencionalusuario@oxisalud.com.co**
www.oxisalud.com.co

No. 2645

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Maria Cristina Cardona, mayor de edad, identificado y domiciliado como aparece al pie de mí firma, obrando en nombre propio declaro por medio del presente instrumento que:

PRIMERO: El día de hoy estoy recibiendo en mi domicilio por parte de OXISALUD S.A.S; sociedad comercial debidamente constituida bajo la ley mercantil colombiana identificada tributariamente bajo el NIT. 811.013.645-9, los equipos que se identifican a continuación:

EQUIPO	SERIAL (Identificación)
CPAP + Humificador	14359 - 14360

SEGUNDO: Estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Por tanto, reconozco y acepto que la cuota moderadora/Alquiler - Copago que debo asumir por el servicio, se la pagaré mensualmente a OXISALUD S.A.S de la siguiente forma:

VALOR	FECHA	FORMA (digital o en oficina)

Acepto que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el IPC, por lo tanto, en ese evento también me comprometo a pagar dicho valor en la forma mencionada o en aquella que sea acordada de manera escrita posteriormente con OXISALUD S.A.S.

De igual manera, reconozco que en caso de incumplimiento en el pago de la suma de dinero correspondiente, pagaré intereses moratorios a la tasa máxima permitida por la Ley a partir del día siguiente del incumplimiento de la obligación.

Ante cualquier incumplimiento por el pago de los valores mencionados, reconozco que OXISALUD S.A.S puede ejercer su derecho de restitución, por lo tanto, estaré obligado a restituir (devolver) el equipo al día siguiente del incumplimiento.

TERCERO: Los equipos recibidos se encuentran completos, en perfecto estado y funcionando correctamente. Además, fueron instalados en debida forma y fui capacitado del manejo de los mismos.

En caso tal que destruya, dañe o pierda los equipos entregados e identificados en el presente documento, me comprometo a asumir el valor comercial de los mismos y pagarlo a OXISALUD S.A.S dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la destrucción, daño o pérdida, en la forma que para el efecto me sea informado.

Así las cosas, autorizo a OXISALUD S.A.S a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado de los equipos.

Me comprometo a informar a OXISALUD S.A.S sobre cualquier cambio de domicilio o necesidad de trasladar el equipo a un lugar diferente. Lo anterior, teniendo en cuenta que los equipos no podrán ser trasladados a un lugar diferente sin autorización de OXISALUD S.A.S. La falta de notificación será causal de incumplimiento del presente Acuerdo.

CUARTO: Reconozco que la propiedad de los equipos entregados le corresponde exclusivamente a OXISALUD S.A.S, motivo por el cual comprendo que su entrega no me otorga ningún derecho diferente al concedido para el uso, conforme a la autorización dada por la Entidad.

QUINTO: Autorizo a OXISALUD S.A.S para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles, es decir, realizar operaciones sobre los mismos como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos, tales como intermediarios de seguro, y encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

SEXTO: Acepto que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en cuenta que son claras, expresas y exigibles.

SÉPTIMO: En todo caso, me comprometo incondicionalmente a asumir el valor que se cause como consecuencia de lo acordado en el presente documento y pagarlo a OXISALUD S.A.S en la forma y plazo previsto.

En señal de aceptación, firmo el presente documento en la ciudad de Medellín a los _____

Paciente/responsable que Recibe:	Oxisalud S.A.S	Funcionario que Entrega:
Firma		Firma
Nombre: Guillermo Narvaez CC. 17.047.959		Nombre: _____
Domicilio: _____		CC. _____

Impreso: 2020-07-04

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6536

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

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.

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

BPAP AUTOMATICO - ALQUILER
ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 43045194

creada por: vgonzalezg

OxiSALUD S.A.S.
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: 696814

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

PSC ☐ Serv. Normal ☒ Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 13/7/20 **Movil No.** 6 Entidad: SENA

Nombre: Cristina Zuleta Uribe Servicio: 101593

DII 14879 DII 14880

Observaciones: Bipap + Humificador
Contrato 2020

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad. Si lo requiere antes, debe dirigirse a la Calle 29 # 65A- 04 barrio Trinidad, en nuestros horarios de atención. Debe llamar dos horas antes para reservarlo.
- Si su servicio es de oxígeno, deberá pagar mensualmente la cuota moderadora que exige la EPS.
- Contamos con servicio las 24 horas exceptuando zonas restringidas por seguridad.
- La reposición del cilindro de oxígeno grande la debe solicitar cuando falten dos líneas para llegar a la zona roja del manómetro.
- El cilindro de oxigeno de respaldo es únicamente para las para los casos en que el generador de oxigeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Teléfono 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su firma, usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados.

OXIMETRIA CON O: ☐☐☐☐☐ SIN O: ☐☐☐☐☐

Alto Flujo ☐ Normal ☐ HORA DE TRABAJO: _____

GENERADOR MARCA: _____

NUMERO DE SERIE. _____ CODIGO DE BARRAS _____

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

Nombre quien recibe a satisfacción

Hora: 12:28

C.C. 43 045 194

NIT. 811.013.645-9

S.A.S.

OXISALUD

Oxígeno 24 horas a domicilio

ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

Calle 34 No.66A -61 - Teléfono: 444 84 56- Medellín - Colombia
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

No. 2649

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Cristina Zuleta Uribe, mayor de edad, identificado y domiciliado como aparece al pie de mí firma, obrando en nombre propio declaro por medio del presente instrumento que:

PRIMERO: El día de hoy estoy recibiendo en mi domicilio por parte de OXISALUD S.A.S; sociedad comercial debidamente constituida bajo la ley mercantil colombiana identificada tributariamente bajo el NIT. 811.013.645-9, los equipos que se identifican a continuación:

EQUIPO	SERIAL (Identificación)
BPAP + Humificador	14879 - 14880

SEGUNDO: Estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Por tanto, reconozco y acepto que la cuota moderadora/Alquiler - Copago que debo asumir por el servicio, se la pagaré mensualmente a OXISALUD S.A.S de la siguiente forma:

VALOR	FECHA	FORMA (digital o en oficina)

Acepto que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el IPC, por lo tanto, en ese evento también me comprometo a pagar dicho valor en la forma mencionada o en aquella que sea acordada de manera escrita posteriormente con OXISALUD S.A.S.

De igual manera, reconozco que en caso de incumplimiento en el pago de la suma de dinero correspondiente, pagaré intereses moratorios a la tasa máxima permitida por la Ley a partir del día siguiente del incumplimiento de la obligación.

Ante cualquier incumplimiento por el pago de los valores mencionados, reconozco que OXISALUD S.A.S puede ejercer su derecho de restitución, por lo tanto, estaré obligado a restituir (devolver) el equipo al día siguiente del incumplimiento.

TERCERO: Los equipos recibidos se encuentran completos, en perfecto estado y funcionando correctamente. Además, fueron instalados en debida forma y fui capacitado del manejo de los mismos.

En caso tal que destruya, dañe o pierda los equipos entregados e identificados en el presente documento, me comprometo a asumir el valor comercial de los mismos y pagarlo a OXISALUD S.A.S dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la destrucción, daño o pérdida, en la forma que para el efecto me sea informado.

Así las cosas, autorizo a OXISALUD S.A.S a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado de los equipos.

Me comprometo a informar a OXISALUD S.A.S sobre cualquier cambio de domicilio o necesidad de trasladar el equipo a un lugar diferente. Lo anterior, teniendo en cuenta que los equipos no podrán ser trasladados a un lugar diferente sin autorización de OXISALUD S.A.S. La falta de notificación será causal de incumplimiento del presente Acuerdo.

CUARTO: Reconozco que la propiedad de los equipos entregados le corresponde exclusivamente a OXISALUD S.A.S, motivo por el cual comprendo que su entrega no me otorga ningún derecho diferente al concedido para el uso, conforme a la autorización dada por la Entidad.

QUINTO: Autorizo a OXISALUD S.A.S para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles, es decir, realizar operaciones sobre los mismos como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos, tales como intermediarios de seguro, y encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

SEXTO: Acepto que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en cuenta que son claras, expresas y exigibles.

SÉPTIMO: En todo caso, me comprometo incondicionalmente a asumir el valor que se cause como consecuencia de lo acordado en el presente documento y pagarlo a OXISALUD S.A.S en la forma y plazo previsto.

En señal de aceptación, firmo el presente documento en la ciudad de Medellín a los _____

Paciente/responsable que Recibe:	Oxisalud S.A.S	Funcionario que Entrega:
Firma		Firma
Nombre: Cristina Zuleta CC. 43045194		Nombre: _____
Domicilio: _____		CC. _____

Impreso: 2020-07-04

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6538

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

HC: 556032

Favor atender por nuestra cuenta a ARANGO CHICA PABLO EMILIO identificado con el carne 70514651-B Madre-Padre de ARANGO HENAO JESUS BERNARDO 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

ALQUILER CAMA HOSPITALARIA MANUAL CON BARANDAS 3 (TRES) NIVELES
ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción

C.C. 42763265

creada por: vgonzalezg

OXISALUD S.A.S.
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.
679741
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO
315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☒
Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha: 13/7/20 **Movil No.** 6 Entidad: SENA.
Nombre: Pablo Emilio Avango CC 556032 Servicio: 112468.

D| 4371.
D| 1099.

Observaciones: Entrega Cama Manual. Contrato 2020.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad. Si lo requiere antes, debe dirigirse a la calle 29 #65A 04, barrio Trinidad, en nuestros horarios de atención. Debe llamar 2 horas antes para reservarlo.
- 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 Tel: 4448456 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371/2009).
- Con su firma, usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados.

Nombre quien recibe a satisfacción: Regina Caldera A.
C.C. 42783265 Hora: 8:50

NIT. 811.013.645-9
S.A.S.
OXISALUD
Oxígeno 24 horas a domicilio
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

Calle 34 No.66A -61 - Teléfono: 444 84 56- Medellín - Colombia
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

No. 2628

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Pablo Emilio Arango, mayor de edad, identificado y domiciliado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio declaro por medio del presente instrumento que:

PRIMERO: El día de hoy estoy recibiendo en mi domicilio por parte de OXISALUD S.A.S; sociedad comercial debidamente constituida bajo la ley mercantil colombiana identificada tributariamente bajo el NIT. 811.013.645-9, los equipos que se identifican a continuación:

EQUIPO	SERIAL (Identificación)
Cama Manual	4371.
Barandas	1099.

SEGUNDO: Estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Por tanto, reconozco y acepto que la cuota moderadora/Alquiler - Copago que debo asumir por el servicio, se la pagaré mensualmente a OXISALUD S.A.S de la siguiente forma:

VALOR	FECHA	FORMA (digital o en oficina)

Acepto que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el IPC, por lo tanto, en ese evento también me comprometo a pagar dicho valor en la forma mencionada o en aquella que sea acordada de manera escrita posteriormente con OXISALUD S.A.S.

De igual manera, reconozco que en caso de incumplimiento en el pago de la suma de dinero correspondiente, pagaré intereses moratorios a la tasa máxima permitida por la Ley a partir del día siguiente del incumplimiento de la obligación.

Ante cualquier incumplimiento por el pago de los valores mencionados, reconozco que OXISALUD S.A.S puede ejercer su derecho de restitución, por lo tanto, estaré obligado a restituir (devolver) el equipo al día siguiente del incumplimiento.

TERCERO: Los equipos recibidos se encuentran completos, en perfecto estado y funcionando correctamente. Además, fueron instalados en debida forma y fui capacitado del manejo de los mismos.

En caso tal que destruya, dañe o pierda los equipos entregados e identificados en el presente documento, me comprometo a asumir el valor comercial de los mismos y pagarlo a OXISALUD S.A.S dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la destrucción, daño o pérdida, en la forma que para el efecto me sea informado.

Así las cosas, autorizo a OXISALUD S.A.S a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado de los equipos.

Me comprometo a informar a OXISALUD S.A.S sobre cualquier cambio de domicilio o necesidad de trasladar el equipo a un lugar diferente. Lo anterior, teniendo en cuenta que los equipos no podrán ser trasladados a un lugar diferente sin autorización de OXISALUD S.A.S. La falta de notificación será causal de incumplimiento del presente Acuerdo.

CUARTO: Reconozco que la propiedad de los equipos entregados le corresponde exclusivamente a OXISALUD S.A.S, motivo por el cual comprendo que su entrega no me otorga ningún derecho diferente al concedido para el uso, conforme a la autorización dada por la Entidad.

QUINTO: Autorizo a OXISALUD S.A.S para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles, es decir, realizar operaciones sobre los mismos como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos, tales como intermediarios de seguro, y encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

SEXTO: Acepto que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en cuenta que son claras, expresas y exigibles.

SÉPTIMO: En todo caso, me comprometo incondicionalmente a asumir el valor que se cause como consecuencia de lo acordado en el presente documento y pagarlo a OXISALUD S.A.S en la forma y plazo previsto.

En señal de aceptación, firmo el presente documento en la ciudad de Medellín a los _____

Paciente/responsable que Recibe:	Oxisalud S.A.S	Funcionario que Entrega:
Firma Regina Calderón A.		Firma
Nombre: Regina calderon / CC. 42763265		Nombre:
Domicilio:		CC.

Impreso: 2020-07-04

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6537

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

HC: 32460854

Favor atender por nuestra cuenta a HERRERA DE OCAMPO EDELMIRA identificado con el carne 8221547-C Conyuge de OCAMPO ACEVEDO GILBERTO 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

BPAP AUTOMATICO - ALQUILER
ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

Médico/Odontólogo Asesor

Nidia María Ocampo H
Recibido a Satisfacción c.c.43506579

creada por: vgonzalezg

OxiSALUD S.A.S.
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.
696815
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

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

Fecha, 16/7/20 **Movil No.** 6 Entidad: SENA

Nombre: Edelmira Herrera O. Servicio: 1 1493

DT 14883 DI 14884

Observaciones: Bipap + Humificador

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad. Si lo requiere antes, debe dirigirse a la Calle 29 # 65A- 04 barrio Trinidad, en nuestros horarios de atención. Debe llamar dos horas antes para reservarlo.
- 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 las 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 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su firma, usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados.

OXIMETRIA 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 Nelda Maria Ocampo
Hora: 9:35 am C.C. 43506579

NIT. 811.013.645-9

S.A.S.

OXISALUD

Oxígeno 24 horas a domicilio

ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

Calle 34 No.66A -61 · Teléfono: 444 84 56- Medellín - Colombia
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

No. 2650

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Edelmira Herrera De Ocampo mayor de edad, identificado y domiciliado como aparece al pie de mí firma, obrando en nombre propio declaro por medio del presente instrumento que:

PRIMERO: El día de hoy estoy recibiendo en mi domicilio por parte de OXISALUD S.A.S; sociedad comercial debidamente constituida bajo la ley mercantil colombiana identificada tributariamente bajo el NIT. 811.013.645-9, los equipos que se identifican a continuación:

EQUIPO	SERIAL (Identificación)
BPAP + Humificador	14883 - 14884

SEGUNDO: Estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad _____ a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Por tanto, reconozco y acepto que la cuota moderadora/Alquiler - Copago que debo asumir por el servicio, se la pagaré mensualmente a OXISALUD S.A.S de la siguiente forma:

VALOR	FECHA	FORMA (digital o en oficina)

Acepto que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el IPC, por lo tanto, en ese evento también me comprometo a pagar dicho valor en la forma mencionada o en aquella que sea acordada de manera escrita posteriormente con OXISALUD S.A.S.

De igual manera, reconozco que en caso de incumplimiento en el pago de la suma de dinero correspondiente, pagaré intereses moratorios a la tasa máxima permitida por la Ley a partir del día siguiente del incumplimiento de la obligación.

Ante cualquier incumplimiento por el pago de los valores mencionados, reconozco que OXISALUD S.A.S puede ejercer su derecho de restitución, por lo tanto, estaré obligado a restituir (devolver) el equipo al día siguiente del incumplimiento.

TERCERO: Los equipos recibidos se encuentran completos, en perfecto estado y funcionando correctamente. Además, fueron instalados en debida forma y fui capacitado del manejo de los mismos.

En caso tal que destruya, dañe o pierda los equipos entregados e identificados en el presente documento, me comprometo a asumir el valor comercial de los mismos y pagarlo a OXISALUD S.A.S dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la destrucción, daño o pérdida, en la forma que para el efecto me sea informado.

Así las cosas, autorizo a OXISALUD S.A.S a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado de los equipos.

Me comprometo a informar a OXISALUD S.A.S sobre cualquier cambio de domicilio o necesidad de trasladar el equipo a un lugar diferente. Lo anterior, teniendo en cuenta que los equipos no podrán ser trasladados a un lugar diferente sin autorización de OXISALUD S.A.S. La falta de notificación será causal de incumplimiento del presente Acuerdo.

CUARTO: Reconozco que la propiedad de los equipos entregados le corresponde exclusivamente a OXISALUD S.A.S, motivo por el cual comprendo que su entrega no me otorga ningún derecho diferente al concedido para el uso, conforme a la autorización dada por la Entidad.

QUINTO: Autorizo a OXISALUD S.A.S para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles, es decir, realizar operaciones sobre los mismos como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos, tales como intermediarios de seguro, y encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

SEXTO: Acepto que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en cuenta que son claras, expresas y exigibles.

SÉPTIMO: En todo caso, me comprometo incondicionalmente a asumir el valor que se cause como consecuencia de lo acordado en el presente documento y pagarlo a OXISALUD S.A.S en la forma y plazo previsto.

En señal de aceptación, firmo el presente documento en la ciudad de Medellín a los _____

Paciente/responsable que Recibe:	Oxisalud S.A.S	Funcionario que Entrega:
Firma		Firma
Nombre: Edelmira Herrera CC: 32460854		Nombre: _____
Domicilio: _____		CC. _____

Impreso: 2020-07-06

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6569 – 7732

Adscrito:	102011 - HOSPITAL EN CASA S.A
Dirección:	CARRERA 80 32 EE 7
Teléfono(s):	4099950 - -
Especialidad:	Atención domiciliaria - Atención domiciliaria

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.

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

BPAP AUTOMATICO - ALQUILER
ORDEN VALIDA PARA FACTURAR DEL 19 AL 30 DE JUNIO CON CARGO AL CONTRATO VIGENTE

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

32534097

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: vgonzalezg

OxiSALUD S.A.S.
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.
696816
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO
315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☑ Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 13/7/20 **Movil No.** 6 Entidad: SENA

Nombre: Martha Lia Piedrahita Servicio: 68394

DII 15097 DII 15098

Observaciones: BpAp + Humificador
Contrato 2020

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad. Si lo requiere antes, debe dirigirse a la Calle 29 # 65A- 04 barrio Trinidad, en nuestros horarios de atención. Debe llamar dos horas antes para reservarlo.
- 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 las 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 444 84 56 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371 / 2009).
- Con su firma, usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados.

OXIMETRIA
CON O2 ☐☐☐ ☐☐☐ SIN O2 ☐☐☐ ☐☐☐

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

NUMERO DE SERIE: _____ CODIGO DE BARRAS: _____

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

Hn Victoria Ramirez
Nombre quien recibe a satisfacción X 32534097
C.C.
Hora: 11:00

NIT. 811.013.645-9

S.A.S.

OXISALUD

Oxígeno 24 horas a domicilio

ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

Calle 34 No.66A -61 - Teléfono: 444 84 56- Medellín - Colombia
e-mail: atencionalusuario@oxisalud.com.co
www.oxisalud.com.co

No. 6501

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Martha Lia piedrahita, mayor de edad, identificado y domiciliado como aparece al pie de mí firma, obrando en nombre propio declaro por medio del presente instrumento que:

PRIMERO: El día de hoy estoy recibiendo en mi domicilio por parte de OXISALUD S.A.S; sociedad comercial debidamente constituida bajo la ley mercantil colombiana identificada tributariamente bajo el NIT. 811.013.645-9, los equipos que se identifican a continuación:

EQUIPO	SERIAL (Identificación)
BPAP + Humidificador	150997 – 150998

SEGUNDO: Estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad _____, a la cual estoy adscrito ( ) o por servicio particular ( ). Por tanto, reconozco y acepto que la cuota moderadora/Alquiler - Copago que debo asumir por el servicio, se la pagaré mensualmente a OXISALUD S.A.S de la siguiente forma:

VALOR	FECHA	FORMA (digital o en oficina)

Acepto que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el IPC, por lo tanto, en ese evento también me comprometo a pagar dicho valor en la forma mencionada o en aquella que sea acordada de manera escrita posteriormente con OXISALUD S.A.S.

De igual manera, reconozco que en caso de incumplimiento en el pago de la suma de dinero correspondiente, pagaré intereses moratorios a la tasa máxima permitida por la Ley a partir del día siguiente del incumplimiento de la obligación.

Ante cualquier incumplimiento por el pago de los valores mencionados, reconozco que OXISALUD S.A.S puede ejercer su derecho de restitución, por lo tanto, estaré obligado a restituir (devolver) el equipo al día siguiente del incumplimiento.

TERCERO: Los equipos recibidos se encuentran completos, en perfecto estado y funcionando correctamente. Además, fueron instalados en debida forma y fui capacitado del manejo de los mismos.

En caso tal que destruya, dañe o pierda los equipos entregados e identificados en el presente documento, me comprometo a asumir el valor comercial de los mismos y pagarlo a OXISALUD S.A.S dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la destrucción, daño o pérdida, en la forma que para el efecto me sea informado.

Así las cosas, autorizo a OXISALUD S.A.S a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado de los equipos.

Me comprometo a informar a OXISALUD S.A.S sobre cualquier cambio de domicilio o necesidad de trasladar el equipo a un lugar diferente. Lo anterior, teniendo en cuenta que los equipos no podrán ser trasladados a un lugar diferente sin autorización de OXISALUD S.A.S. La falta de notificación será causal de incumplimiento del presente Acuerdo.

CUARTO: Reconozco que la propiedad de los equipos entregados le corresponde exclusivamente a OXISALUD S.A.S, motivo por el cual comprendo que su entrega no me otorga ningún derecho diferente al concedido para el uso, conforme a la autorización dada por la Entidad.

QUINTO: Autorizo a OXISALUD S.A.S para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles, es decir, realizar operaciones sobre los mismos como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos, tales como intermediarios de seguro, y encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

SEXTO: Acepto que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérito ejecutivo, teniendo en cuenta qué son claras, expresas y exigibles.

SÉPTIMO: En todo caso, me comprometo incondicionalmente a asumir el valor que se cause como consecuencia de lo acordado en el presente documento y pagarlo a OXISALUD S.A.S en la forma y plazo previsto.

En señal de aceptación, firmo el presente documento en la ciudad de Medellín a los _____

Paciente/responsable que Recibe:	Oxisalud S.A.S	Funcionario que Entrega:
Firma		Firma
Nombre: Martha Victoria Londoño CC. 32534[illegible]		Nombre: _____
Domicilio: Calle 35b 86-46 (301)		CC. _____

1640

OXISALUD S.A.S.
NIT: 811.013.645-9 * IVA RÉGIMEN COMÚN
Calle 34 No. 66A - 61 * Medellín - Colombia
E-mail: oxisalud@une.net.co * Tel: (4) 444 84 56
No somos Grandes Contribuyentes
No somos Autorretenedores

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.
FE 1931

Resol Autorización No.18762012769986 de 2019/02/07. Aut. desde FE-1 al FE-10000. 18 MESES.

CLIENTE	SENA	**OBSERVACIONES**	
NIT	899999034 1	FACTURA DE VENTA PRODUCTOS LINEA BLANDA	
DIRECCION	**CIUDAD**	**TELEFONO**	
CLL 48 4 131 K 1 VIA A STA ELENA	Medellín	4445621	

FECHA FACTURA	**FECHA VENCIMIENTO**	**VENDEDOR**	**FORMA DE PAGO**
03/08/2020	02/09/2020	NATALIA ANDREA LONDOÑO BEDOYA	Credito

Descripción	Cant.	Und.	Valor Unitario	IVA	Total
BANDA EPICONDILEA BILATERAL	1,00	Und.	41.700	0%	41.700
CODO DE TENISTA	1,00	Und.	17.471	19%	17.471
MUÑEQUERA DEL TUNEL CARPIANO	1,00	Und.	15.315	0%	15.315
MEDIA 15-20 A LA RODILLA SIN PUNTERA	3,00	Und.	32.353	19%	97.059
MEDIA 15-20 A LA RODILLA DAMA THERAFIRM	1,00	Und.	23.824	19%	23.824
MEDIA 20-30 SIN PUNTERA THERAFIRM	1,00	Und.	53.782	19%	53.782
BRACE INMOVILIZADOR DE HOMBRO TIPO AVION	1,00	Und.	131.933	0%	131.933
MULETAS ADULTO	1,00	Und.	50.500	0%	50.500
PLANTILLA SOBRE MEDIDA	1,00	Und.	22.000	0%	22.000
PLANTILLA SOBRE MEDIDA	1,00	Und.	65.250	0%	65.250
PLANTILLA SOBRE MEDIDA	1,00	Und.	54.000	0%	54.000
PLANTILLA SOBRE MEDIDA	1,00	Und.	66.500	0%	66.500
TOBILLER CORTA PLEGABLE	1,00	Und.	12.101	19%	12.101
MEDIA 8-15 A LA RODILLA	1,00	Und.	29.580	19%	29.580

Valor en Letras		
SETECIENTOS VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE	**SUBTOTAL**	**681.013**
	DESCUENTO	**0**
	IVA	**44.425**
	CUOTA MODERADORA	**0**
	TOTAL FACTURA	**725.438**

Observaciones: La factura se entiende irrevocablemente aceptada dentro de los 3 días habiles siguientes a su recepción, de conformidad Art. 86 Ley1676/2013*POR FAVOR CONSIGNAR EN CUENTA CTE. BANCOLOMBIA No. 012-011377-11 A NOMBRE DE OXISALUD S.A.S.

Firma Emisor Factura	Recibí conforme y acepto esta factura por los productos y/o servicios prestados. Ley 1231/2008. Firma de Recibo _____ Nombre _____ C.C. _____ Fecha _____

Fecha y Hora Generación: 03/08/2020 14:27:13

Representación Gráfica de Factura Electrónica de Venta
Proveedor Tecnológico: WORLD OFFICE COLOMBIA SAS; NIT: 900.534.356-3 - Nombre Software: WORLD OFFICE.

CUFE: 8115eadc9fc948bd433a184049b6ff0afa9daa608b951e34e52c9245f26a7efda070ac51410b7a165aa9124feb84f659 Fecha Hora Expedición: 03/08/2020 02:54 PM
Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)

Factura 1931 = ok en Excel

Periodo de Facturación	C.C.	Nombre Beneficiario SMA	Orden de Atención No.	Fecha		Valor UNITARIO	cantidad	Dispositivos médicos/ elmentos Ortopédico	Valor bruto	IVA	Valor TOTAL
ENE	21416343	ESTHER JULIA HENAO	20116	31/01/2020	N/A	22.000	1	PLANTILLA SOBREMEDIDA	22.000	0	22.000
FEB	32412130	CONSUELO GONZALEZ	17544	05/02/2020	N/A	53.782	1	MEDIAS 20-30 A LA RODILLA SIN PUNTERA	53.782	10.218	64.000
FEB	32491157	LUZ ARACELLY MUÑETON	545	10/02/2020	N/A	23.824	1	MEDIAS 15-20 A LA RODILLA	23.824	4.526	28.350
FEB	26051825	ENIA DEL SOCORRO HERAZO	822	11/02/2020	N/A	35.042	1	BANDA EPICONDILEA BILATERAL	41.700	0	41.700
					N/A	65.250	1	PLANTILLA SOBREMEDIDA	65.250	0	65.250
FEB	22441728	BLANCA INES MARIN	17695	14/02/2020	N/A	32.353	1	MEDIAS 15-20 A LA RODILLA SIN PUNTERA	32.353	6.147	38.500
FEB	21399532	CECILIA MONTES DE ARANGO	1827	24/02/2020	N/A	50.500	1	MULETAS ADULTO	50.500	0	50.500
FEB	43025021	CECILIA ESTER SERNA	1942	26/02/2020	N/A	54.000	1	PLANTILLAS SOBREMEDIDAS	54.000	0	54.000
FEB	39306568	EDITH MALDONADO	1937	26/02/2020	N/A	29.580	1	MEDIAS 8-15 A LA RODILLA	29.580	5.620	35.200
FEB	30079690	ELIZABETH DAVID	1938	26/02/2020	N/A	131.933	1	INMOVILIZADOR DE HOMBRO	131.933	0	131.933
FEB	1152464806	CAROLINA PEREZ RAMIREZ	1957	26/02/2020	N/A	12.101	1	TOBILLERA CORTA PLEGABLE	12.101	2.299	14.400
FEB	32462590	MARIA ISABEL RIOS	1255	28/02/2020	N/A	32.353	1	MEDIA 15-20 A LA RODILLA SIN PUNTERA	32.353	6.147	38.500
FEB	1038867361	ISABELA FALCON ZAPATA	20087? 2092	29/02/2020	N/A	66.500	1	PLANTILLAS SOBREMEDIDAS	66.500	0	66.500
						17.471	1	BANDA EPICONDILEA DERECHA CODO DE TENISTA	17.471	3.319	20.790
						15.315	1	FERULA MUÑEQUERA DERECHA TUNEL CARPIANO	15.315	0	15.315
FEB	42974284	Ma. Fabiola Vasquez Zapata	18923	07/02/2020	N/A	32.353	1	MEDIAS 15-20 A LA RODILLA SIN PUNTERA	32.353	6.147	38.500
TOTAL						674.355	16		681.013	44.425	725.438

13 ordenes.

1640
6706

Impreso: 2019-12-17

668803

Servicio: 83736

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 20116

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

HC: 21416343

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

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes Especiales Sin Hospitalizacion	1	22000	22000

OBSERVACIONES

PLANTILLA PARA DEJAR LIBRE ESPACIO INTERDIGITAL

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
R.M. [illegible]-36
C.C. 43.511.575
MEDICO GENERAL
U. de A

Médico/Odontólogo Asesor

Esther Julia Henao

Recibido a Satisfacción C.C. 21416343

creada por: vgonzalezg

credito2@oxisalud.com.co
Natalia Londoño

SENA
REGIONAL ANTIOQUIA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL
29 ENE 2020

OXISALUD S.A.S.
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.
668503

Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☐
Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 31/01/20 **Movil No.** AP Entidad: Sena

Nombre: Esther Julia Hernao Servicio: 83736

Observaciones: Se remite usuario a Ortopedicos Jao, Plantillas sobre medida, Cra 45 #56-47 tel: 4448239

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad. Si lo requiere antes, debe dirigirse a la calle 29 #65A 04, barrio Trinidad, en nuestros horarios de atención. Debe llamar 2 horas antes para reservarlo.
- 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 oxigeno no funcione o haya corte de energía. En tal caso nos lo deben reportar.
- Plan Posconsumo: Verifique la fecha de vencimiento del producto registrado en la etiqueta de lote del cilindro. Si se encuentra vencido o próximo a vencer contáctese al Tel: 4448456 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371/2009).
- Con su firma, usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados.

Nombre quien recibe a satisfacción: Bernardo Arango

C.C. 70514967 Hora: _____

OXISALUD S.A.S.
Oxigeno 24 horas a domicilio
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACION

Medellín, Diciembre 14 de 2019

Señor (es)
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE –
SENA Medellín – Colombia.

Asunto: Cotización

Cordial saludo,

OXISALUD S.A.S. es una empresa especializada en el suministro de equipos en **ALQUILER Y VENTA** para la hospitalización domiciliaria, contamos con servicio las **24 HORAS DEL DIA**.
Queremos darles a conocer la información de acuerdo a su amable solicitud.

PRODUCTO	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
PLANTILLA PARA DEJAR LIBRE ESPACIO INTERDIGITAL	1	2	18.488	3.513	$ 22.000,72

NOTA. Cotización de la beneficiaria ESTER JULIA HENAO

Condiciones comerciales:
FORMA DE PAGO: Credito
VALIDEZ OFERTA: N/A
TIEMPO DE ENTREGA: 1 a 5 dias habiles
TRANSPORTE: N/A

CORDIALMENTE,

Natalia Londoño
Auxiliar Facturación
(574) 4448456 ext 105
credito2@oxisalud.com.co
Calle 34 No 66A - 61
Medellín, Colombia

RD - 667990 Juanes.

Impreso: 2020-01-23

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 17544

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

HC: 32412130

Favor atender por nuestra cuenta a GONZALEZ DE GUTIERREZ CONSUELO identificado con el carne 3417804-C Conyuge de GUTIERREZ ARIAS FABIO ELIAS Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Zapatos Ortopedicos Y/O Plantillas	1	64000	64000

OBSERVACIONES

MEDIAS CON GRADIENTE 20-30 MMHG HASTA LA RODILLA SIN PUNTERA

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

GLORIA PATRICIA LOPEZ YEPES
RM. S-1667-98
C.C. 43.511.575
MEDICO GENERAL
U. 6277

Médico/Odontólogo Asesor

Consuelo González de Gutiérrez

Recibido a Satisfacción C.C. 32412130

creada por: vgonzalezg

OxiSALUD S.A.S.
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.
667990
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO
315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☐
Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 5/02/2020 **Movil No.** Juanes Entidad: Sena

Nombre: Consuelo gonzalez de gutierrez Servicio: 112391

Hora:

✓

Observaciones: Se hace entrega de medias 20-30 sin puntera talla L color arena.

Requiere cuota moderadora según tarifa entidad. A ☐ B ☐ C ☐

Nombre quien recibe a satisfacción

CC 32412130 Consuelo Gonzalez de Gutierrez

OXISALUD S.A.S.
Oxigeno 24 horas a domicilio
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACION

Medellín, Noviembre 01 de 2019.

Señor (es):
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA
Veronica Gonzalez Giraldo
Servicio Medico Asistencial
Regional Antioquia

Asunto: Cotización

Cordial saludo,

OXISALUD S.A.S. es una empresa especializada en el suministro de equipos en ALQUILER Y VENTA para la hospitalización domiciliaria, contamos con servicio las 24 HORAS DEL DIA.
Queremos darles a conocer la información de acuerdo a su amable solicitud.

PRODUCTO	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
MEDIAS CON GRADIENTE 20-30 MMHG HASTA LA RODILLA SIN PUNTERA	1	2	53.782	10.219	$ 64.000,58

NOTA: Cotización de la beneficiaria CONSUELO GONZALEZ DE GUTIERREZ

Condiciones comerciales:
FORMA DE PAGO: Credito
VALIDEZ OFERTA: N/A
TIEMPO DE ENTREGA: 1 a 5 días hábiles
TRANSPORTE: N/A

CORDIALMENTE,

Natalia Londoño
Auxiliar Facturación
(574) 4448456 ext 105
credito2@oxisalud.com.co
Calle 34 No 66A - 61
Medellin, Colombia

6A0523

Impreso: 2020-01-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 545

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

HC: 32491157

Favor atender por nuestra cuenta a MUÑETON DE BOLIVAR LUZ ARACELLY identificado con el carne 3351274-C Conyuge de BOLIVAR QUICENO ORLANDO DE JESUS Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Aparatos Ortopedicos	1	28350	28350

OBSERVACIONES

MEDIAS CON GRADIENTE MMHG 15-20 HASTA LA RODILLA

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: srivas

OXISALUD S.A.S.
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.
670523
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO
315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☐
Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 10/07/20 **Movil No.** Oficina AO Entidad: SENA

Nombre: Luz Aracelly Muñeton Servicio: 102265

		✓

Observaciones: Se entrega medias con gradiente mmhg 15-20 a la rodilla orden de atención SENA Nro 545

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad. Si lo requiere antes, debe dirigirse a la calle 29 #65A 04, barrio Trinidad, en nuestros horarios de atención. Debe llamar 2 horas antes para reservarlo.
- 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 oxigeno 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 Tel: 4448456 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371/2009).
- Con su firma, usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados.

Nombre quien recibe a satisfacción Luz aracelly M.
C.C. 32,491,152 Hora: 11

OXISALUD S.A.S.
Oxígeno 24 horas a domicilio
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

Medellín, Enero 3 de 2020.

Señor (es):
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE –
SENA Medellin - Colombia

Asunto: Cotización

Cordial saludo,

OXISALUD S.A.S. es una empresa especializada en el suministro de equipos en **ALQUILER Y VENTA** para la hospitalización domiciliaria, contamos con servicio las **24 HORAS DEL DIA.**
Queremos darles a conocer la información de acuerdo a su amable solicitud.

PRODUCTO	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
PLANTILLAS SAL 80 X 12 MM, BMT150X7 MM BAJO RELIEVE ESPOLOM CALCANEO Y CALLOSIDADES PLANTARES	1	2	27.397	5.205	$ 32.602,43

NOTA: Cotización de la beneficiaria **LUZ ARACELLY MUÑETON**
3249117

Condiciones comerciales:
FORMA DE PAGO: Credito
VALIDEZ OFERTA: N/A
TIEMPO DE ENTREGA: 1 a 5 días hábiles
TRANSPORTE: N/A

CORDIALMENTE,

Natalia Londoño
Auxiliar Facturación
(574) 4448456 ext 105
credito2@oxisalud.com.co
Calle 34 No 66A - 61
Medellin, Colombia

Impreso: 2020-02-05

RO = 670529

Fecha = 11/02/2020

Asesor = Valentina Villa.

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 822

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

HC: 26051825

Favor atender por nuestra cuenta a HERAZO BUELVAS ENIA DEL SOCORRO identificado con el carne 8296171-C Conyuge de TORRES NAVARRETE JORGE Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Zapatos Ortopedicos Y/O Plantillas	1	107950	107950

OBSERVACIONES

BANDA EPICONDILEA BILATERAL
PLANTILLAS SAL 80 X12 BTM 15X7MM BAJO RELIEVES ESPOLON CALCANEO CALLOSIDADES PLANTARES

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

Dra. KIRA GUTIERREZ M
REGISTRO 4231
C.C. 1.017.035.788
EQUIPO GENERAL
SAN N CORPAS

Médico Odontólogo Asesor

Enia Hugo

Recibido a Satisfacción C.C. 26051825

creada por: srivas

OXISALUD S.A.S.
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.
670529
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO
315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☐
Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 11/02/20 **Movil No.** VM Entidad: Sena
Nombre: enia del socorro Herazo Servicio: 108230

Banda epicondilea Bilateral (1)
Plantillas Sal 80 X 12, BTM 15 X 7MM (1)

Observaciones: Se remite a ortopedicos todo CRA 45 # 56-47 centro

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad. Si lo requiere antes, debe dirigirse a la calle 29 #65A 04, barrio Trinidad, en nuestros horarios de atención. Debe llamar 2 horas antes para reservarlo.
- 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 Tel: 4448456 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371/2009).
- Con su firma, usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados.

Nombre quien recibe a satisfacción Enia Herazo
C.C. 40518956 Hora: 11:20 AM

OXI SALUD S.A.S.
Oxigeno 24 horas a domicilio
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

Medellín, Enero 31 de 2020.

Señora:
SERVICIO NACIONA DE APRENDIZAJE
SENA MEDELLIN

Asunto: Cotización

Cordial saludo,

OXISALUD S.A.S. es una empresa especializada en el suministro de equipos en ALQUILER Y VENTA para la hospitalización domiciliaria, contamos con servicio las 24 HORAS DEL DIA.
Queremos darles a conocer la información de acuerdo a su amable solicitud.

PRODUCTO	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
BANDA EPICONDILEA BILATERAL	1	1	35.042	6.658	$ 41.700
PLANTILLAS SAL 80 X 12, BTM 15X7MM, BAJO RELIEVES ESPOLON CALCANEO, CALLOSIDADES PLANTARES	1	1	54.832	10.418	$ 65.250

NOTA: La silla se encuentra a nombre de ENIA DEL SOCORRO HERAZO BUELVAS, CC 26.051.825

Condiciones comerciales:
FORMA DE PAGO: Credito
VALIDEZ OFERTA: 30 Dias
TIEMPO DE ENTREGA: 1 A 5 Dias hábiles
TRANSPORTE: N/A

CORDIALMENTE,

Natalia Londoño
AUX. FACTURACION
(574) 4448456 ext 105
credito2@oxisalud.com.co
Calle 34 No 66A - 61
Medellin, Colomb31ia

Impreso: 2020-01-31

RD= 671912
Fecha= 14/02/20
Asesora: Valentina Villa

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 17695

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Téléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - 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
Zapatos Ortopedicos Y/O Plantillas	1	38500	38500

OBSERVACIONES

MEDIA 15-20 MMHG A LA RODILLA SIN PUNTERA

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. x 43 538 427

creada por: vgonzalezg

OxiSALUD S.A.S.
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.
671912

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

PSC ☐ Serv. Normal ☐
Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 11/02/20 **Movil No.** VM Entidad: SENA

Nombre: Blanca Ines Marin Servicio: 69860

		✓

Observaciones: entrego media 15-20 sin funtera talla L a la rodilla, orden del sena 17695

- La solicitud de cilindros portátiles o domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad. Si lo requiere antes, debe dirigirse a la calle 29 #65A 04, barrio Trinidad, en nuestros horarios de atención. Debe llamar 2 horas antes para reservarlo.
- 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 Tel: 4448456 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371/2009).
- Con su firma, usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados.

Nombre quien recibe a satisfacción Blanca Marin
C.C. 43638424 Hora:

OXISALUD S.A.S.
Oxígeno 24 horas a domicilio
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

Medellín, Septiembre 11 de 2019.

Señor (es):
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA
Veronica Gonzalez Giraldo
Servicio Medico Asistencial
Regional Antioquia

Asunto: Cotización

Cordial saludo,

OXISALUD S.A.S. es una empresa especializada en el suministro de equipos en **ALQUILER Y VENTA** para la hospitalización domiciliaria, contamos con servicio las **24 HORAS DEL DIA.**
Queremos darles a conocer la información de acuerdo a su amable solicitud.

PRODUCTO	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
MEDIA 15-20 MMHG A LA RODILLA SIN PUNTERA	1	1	32.353	6.147	$ 38.500,07

NOTA: Cotización de la beneficiaria **BLANCA INES MARIN MONTOYA**

Condiciones comerciales:
FORMA DE PAGO: Credito
VALIDEZ OFERTA: N/A
TIEMPO DE ENTREGA: 1 a 5 días hábiles
TRANSPORTE: N/A

CORDIALMENTE,

Natalia Londoño
Auxiliar Facturación
(574) 4448456 ext 105
credito2@oxisalud.com.co
Calle 34 No 66A - 61
Medellin, Colombia

Impreso: 2020-02-24

24/02/2020
Valentina Villa
RD: 644024 muletas talla M

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1827

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

HC: 21399532

Favor atender por nuestra cuenta a MONTES DE ARANGO CECILIA identificado con el carne 8258003-C Conyuge de ARANGO SAAVEDRA CARLOS HERNANDO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Aparatos Ortopedicos	1	50500	50500

OBSERVACIONES

MULETAS ADULTO PARA LA VENTA

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

GLOR... PATRICIA C. ...
R... 5 ... 36
... 75
...LRAL
U. de A.

Médico/Odontólogo Asesor

8258003

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: vgonzalezg

OXISALUD S.A.S.
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.
674024
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO
315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☐
Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 24/02/2020 **Movil No.** VM Entidad: Senci
Nombre: Cecilia montes de arango Servicio: 108621

Observaciones: se hace entrega de muletas nuevas por orden del senci 1827, muletas talla M

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad. Si lo requiere antes, debe dirigirse a la calle 29 #65A 04, barrio Trinidad, en nuestros horarios de atención. Debe llamar 2 horas antes para reservarlo.
- 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 Tel: 4448456 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371/2009).
- Con su firma, usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados.

Nombre quien recibe a satisfacción
C.C. 42580073 Hora 08:30 PM

OXISALUD S.A.S.
Oxígeno 24 horas a domicilio
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

Medellín, Febrero 21 de 2020.

Señora:
SERVICIO NACIONA DE APRENDIZAJE
SENA MEDELLIN

Asunto: Cotización

Cordial saludo,

OXISALUD S.A.S. es una empresa especializada en el suministro de equipos en **ALQUILER Y VENTA** para la hospitalización domiciliaria, contamos con servicio las **24 HORAS DEL DIA**.
Queremos darles a conocer la información de acuerdo a su amable solicitud.

PRODUCTO	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
MULETAS ADULTO PARA LA VENTA	1	2	42.437	8.063	$ 50.500

NOTA: Cotización de la beneficiaria: **CECILIA MONTES**

Condiciones comerciales:
FORMA DE PAGO: Credito
VALIDEZ OFERTA: 30 Dias
TIEMPO DE ENTREGA: 1 A 5 Dias hábiles
TRANSPORTE: N/A

CORDIALMENTE,

Natalia Londoño
AUX. FACTURACION
(574) 4448456 ext 105
credito2@oxisalud.com.co
Calle 34 No 66A - 61
Medellin, Colomb31ia

Impreso: 2020-02-26

RD 674040 Luisa G

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1942

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

HC: 43025021

Favor atender por nuestra cuenta a SERNA MARTINEZ CECILIA ESTHER identificado con el carne 70094201-C Conyuge de HERNANDEZ BETANCUR JUAN GUILLERMO Funcionario del SENA.

D E S C R I P C I Ó N

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Zapatos Ortopedicos Y/O Plantillas	1	54000	54000

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

PLANTILLAS AMBOS PIES, SAL 70 X 12 MM, BMT 140 X 7MM, BAJO RELIEVES ESPOLOM CALCANEO

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

Médico/Odontólogo Asesor

Cecilia Esther Serna M.

Recibido a Satisfacción C.C. 43025021

creada por: vgonzalezg

OXISALUD S.A.S.
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.
674040
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO
315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☐
Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 26/02/20 **Movil No.** Luisa Entidad: Sena
Nombre: Cecilia Esther Serna Servicio: 113260

Observaciones: Entrega Plantillas Sobre medida reclama en ortopedicos TAO CR 45 Nº 56-47

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad. Si lo requiere antes, debe dirigirse a la calle 29 #65A 04, barrio Trinidad, en nuestros horarios de atención. Debe llamar 2 horas antes para reservarlo.
- 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 Tel: 4448456 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371/2009).
- Con su firma, usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados.

Nombre quien recibe a satisfacción Cecilia Esther Serna M.
C.C. 43025021 Hora: _____

OXISALUD S.A.S.
Oxígeno 24 horas a domicilio
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

Medellín, Febrero 20 de 2020.

Señora:
SERVICIO NACIONA DE APRENDIZAJE
SENA MEDELLIN

Asunto: Cotización

Cordial saludo,

OXISALUD S.A.S. es una empresa especializada en el suministro de equipos en **ALQUILER Y VENTA** para la hospitalización domiciliaria, contamos con servicio las **24 HORAS DEL DIA.**
Queremos darles a conocer la información de acuerdo a su amable solicitud.

PRODUCTO	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
PLANTILLAS AMBOS PIES, SAL 70X12MM,BMT140X7MM, BAJO RELIEVES ESPOLOM CALCANEO	1	2	45.378	8.622	$ 54.000

NOTA: La silla se encuentra a nombre de **CECILIA ESTHER SERNA MARTINEZ**

Condiciones comerciales:
FORMA DE PAGO: Credito
VALIDEZ OFERTA: 30 Dias
TIEMPO DE ENTREGA: 1 A 5 Dias hábiles
TRANSPORTE: N/A

CORDIALMENTE,

Natalia Londoño
AUX. FACTURACION
(574) 4448456 ext 105
credito2@oxisalud.com.co
Calle 34 No 66A - 61
Medellin, Colomb31ia

RD/674046.

Impreso: 2020-02-25

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1937

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

HC: 39306568

Favor atender por nuestra cuenta a MALDONADO BELTRAN EDITH identificado con el carne 8110766-A Madre-Padre de CARRASCAL MALDONADO FRANCISCO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Aparatos Ortopedicos	1	35200	35200

OBSERVACIONES

MEDIAS HASTA LA RODILLA COMPRESION 8-15 MMHG

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

Dra. KIRA GUTIÉRREZ M
REGISTRO: 4231
C.C. 41 685 788
MÉDICO GENERAL
U. JUAN N. CORPAS
Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 8110766

creada por: vgonzalezg

OxiSALUD S.A.S.
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.
674046
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO
315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☐
Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 26/02/20 **Movil No.** _____ Entidad: Sena
Nombre: Edith Maldonado. Servicio: 113301.

Observaciones: Entrega Medias a la rodilla compresión 8-15 MMHG. Orden # 1937.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad. Si lo requiere antes, debe dirigirse a la calle 29 #65A 04, barrio Trinidad, en nuestros horarios de atención. Debe llamar 2 horas antes para reservarlo.
- 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 Tel: 4448456 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371/2009).
- Con su firma, usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados.

Nombre quien recibe a satisfacción. Francisco Carrasco
C.C. 8120766
Hora: _____

OXISALUD S.A.S.
Oxígeno 24 horas a domicilio
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

Medellín, Agosto 14 de 2019.

Señor (es):
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA
Veronica Gonzalez Giraldo
Servicio Medico Asistencial
Regional Antioquia

Asunto: Cotización

Cordial saludo,

OXISALUD S.A.S. es una empresa especializada en el suministro de equipos en **ALQUILER Y VENTA** para la hospitalización domiciliaria, contamos con servicio las **24 HORAS DEL DIA.**
Queremos darles a conocer la información de acuerdo a su amable solicitud.

PRODUCTO	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
MEDIAS HASTA LA RODILLA COMPRESION 8-15 MMHG	1	1	29.580	5.620	$ 35.200,20

NOTA: Cotización de la beneficiaria **EDITH MALDONADO**

Condiciones comerciales:

FORMA DE PAGO: Credito
VALIDEZ OFERTA: N/A
TIEMPO DE ENTREGA: 3 a 5 días hábiles
TRANSPORTE: N/A

CORDIALMENTE,

Natalia Londoño
Auxiliar Facturación
☎ (574) 4448456 ext 105
✉ credito2@oxisalud.com.co
🌍 Calle 34 No 66A - 61
Medellin, Colombia

RD| 674047.

Impreso: 2020-02-25

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1938

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

HC: 30079690

Favor atender por nuestra cuenta a DAVID ELIZABETH identificado con el carne 8110766-C Conyuge de CARRASCAL MALDONADO FRANCISCO Funcionario del SENA.

D E S C R I P C I Ó N

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Aparatos Ortopedicos	1	157000	157000

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

BRACE INMOVILIZADOR DE HOMBRO TIPO AVION

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

Dra. KIRA GUTIERREZ M.
REGISTRO: 4231
C.C. 41 685 788
MEDICO GENERAL

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 8110766

creada por: vgonzalezg

OXISALUD S.A.S.
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.
674047
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO
315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☐
Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 26/02/20 **Movil No.** _____ Entidad: Sena.
Nombre: Elizabeth David. Servicio: 113299

Observaciones: Entrego Brace Inmovilizador de hombro tipo Avion orden 1938.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad. Si lo requiere antes, debe dirigirse a la calle 29 #65A 04, barrio Trinidad, en nuestros horarios de atención. Debe llamar 2 horas antes para reservarlo.
- 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 Tel: 4448456 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371/2009).
- Con su firma, usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados.

Nombre quien recibe a satisfacción: Francisco Carvajal
C.C. 8110766
Hora: _____

OXISALUD S.A.S.
Oxígeno 24 horas a domicilio
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

Medellín, febrero 13 de 2020.

Señora:
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
SENA MEDELLIN

Asunto: Cotización

Cordial saludo,

OXISALUD S.A.S. es una empresa especializada en el suministro de equipos en **ALQUILER Y VENTA** para la hospitalización domiciliaria, contamos con servicio las **24 HORAS DEL DIA.**
Queremos darles a conocer la información de acuerdo a su amable solicitud.

PRODUCTO	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
BRACE INMOVILIZADOR DE HOMBRO TIPO AVION	1	1	131.933	25.067	$ 157.000
TOTAL			**131.933**	**25.067**	**157.000**

NOTA: encuentra a nombre de **ELIZABETH DAVID**

Condiciones comerciales:
FORMA DE PAGO: Credito
VALIDEZ OFERTA: 30 Dias
TIEMPO DE ENTREGA: 1 A 5 Dias hábiles
TRANSPORTE: N/A

CORDIALMENTE,

Natalia Londoño
AUX. FACTURACION
(574) 4448456 ext 105
credito2@oxisalud.com.co
Calle 34 Nó 66A - 61
Medellin, Colomb31ia

Impreso: 2020-02-25

674039 lusa 6.

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1957

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

HC: 1152464806

Favor atender por nuestra cuenta a PEREZ RAMIREZ CAROLINA identificado con el carne 3481431-E Hijo de PEREZ SILVA FRANCISCO LUIS Funcionario del SENA.

D E S C R I P C I Ó N

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Aparatos Ortopedicos	1	14400	14400

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

TOBILLERA CORTA PLEGABLE

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

Dra. KIRA GUTIERREZ M.
REGISTRO: 4231
C.C. 41 885 788
MEDICINA GENERAL

Médico/Odontólogo Asesor

Carolina Perez Ramirez

Recibido a Satisfacción C.C. 1152464806.

creada por: vgonzalezg

S.A.S.
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.
674039
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO
315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☐
Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 26/02/26 **Movil No.** #10154 Entidad: Seng
Nombre: Carolina Perez Ramirez Servicio: 113248

Observaciones: Se entrega tobillera corta plegable
orden 1957

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad. Si lo requiere antes, debe dirigirse a la calle 29 #65A 04, barrio Trinidad, en nuestros horarios de atención. Debe llamar 2 horas antes para reservarlo.
- 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 Tel: 4448456 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371/2009).
- Con su firma, usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados.

Nombre quien recibe a satisfacción: Carolina Pérez Ramírez
C.C. 1152464606
Hora:

OXISALUD S.A.S.
Oxígeno 24 horas a domicilio
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

Medellín, Febrero 20 de 2020.

Señora:
SERVICIO NACIONA DE APRENDIZAJE
SENA MEDELLIN

Asunto: Cotizaeión

Cordial saludo,

OXISALUD S.A.S. es una empresa especializada en el suministro de equipos en **ALQUILER Y VENTA** para la hospitalización domiciliaria, contamos con servicio las **24 HORAS DEL DIA.**
Queremos darles a conocer la información de acuerdo a su amable solicitud.

PRODUCTO	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
TOBILLERA CORTA PLEGABLE	1	1	12.101	2.299	$ 14.400

NOTA: Cotización de la beneficiaria: **CAROLINA PEREZ**

Condiciones comerciales:
FORMA DE PAGO: Credito
VALIDEZ OFERTA: 30 Dias
TIEMPO DE ENTREGA: 1 A 5 Dias hábiles
TRANSPORTE: N/A

CORDIALMENTE,

Natalia Londoño
AUX. FACTURACION
(574) 4448456 ext 105
credito2@oxisalud.com.co
Calle 34 No 66A - 61
Medellin, Colomb31ia

TALLA ÚNICA

Ortesis
Miembro Inferior

TECNOMED

TOBILLERA

CONFORTABLE



Se ajusta a su medida

- USOS: Ayuda a prevenir lesiones. Cómodo soporte para músculos y articulaciones con lesiones suaves o esguinces. Su uso previene lesiones deportivas y/o reincidencia en las mismas.
- COMPOSICIÓN: Neopreno y cierre de gancho y felpa KRIK
- CONTRAINDICACIONES: Si presenta irritación, enrojecimiento o sensibilidad al material, suspenda su uso.
- INSTRUCCIONES DE LAVADO: Lavar a mano con jabón suave y secar a temperatura ambiente.

TOBILLERA T/U NEG
INVIMA 2009DM-0004846-R1
REF: 854600 LOTE:108367

7 704096 021248

Fabricado por KROMIA S.A.S • Nit: 890934582-2
www.kromia.com • (574) 374 1818 • Calle 25 No. 41 -185 Itagüí - Colombia

Impreso: 2020-02-12

RD. 673658 Hoja 6

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1255

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

HC: 32462590

Favor atender por nuestra cuenta a RIOS RAMIREZ MARIA ISABEL identificado con el carne 3343145-C Conyuge de VILLADA VALDERRAMA GUILLERMO Funcionario del SENA.

D E S C R I P C I Ó N

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Aparatos Ortopedicos	1	40000	40000

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

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

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

GLORIA PA... R.M. ...

Médico/Odontólogo Asesor

maria isabel Rios R.

Recibido a Satisfacción C.C. 32462590

creada por: vgonzalezg

OxiSALUD S.A.S.
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.
675658
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO
315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☐
Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 28/02/20 **Movil No.** Luisa Entidad: Sena
Nombre: Maria Isabel Rios Servicio: 102453

Observaciones: Se entrega medias 15-20 a la rodilla Sin Puntera

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad. Si lo requiere antes, debe dirigirse a la calle 29 #65A 04, barrio Trinidad, en nuestros horarios de atención. Debe llamar 2 horas antes para reservarlo.
- 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 Tel: 4448456 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371/2009).
- Con su firma, usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados.

Nombre quien recibe a satisfacción: maria Isabel Rios
C.C. 32.462590 Hora:

OXISALUD S.A.S.
Oxígeno 24 horas a domicilio
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

Medellín, febrero 12 de 2020.

Señora:
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
SENA MEDELLIN

Asunto: Cotización

Cordial saludo,

OXISALUD S.A.S. es una empresa especializada en el suministro de equipos en **ALQUILER Y VENTA** para la hospitalización domiciliaria, contamos con servicio las **24 HORAS DEL DIA.**
Queremos darles a conocer la información de acuerdo a su amable solicitud.

PRODUCTO	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
MEDIA 15-20 A LA RODILLA SIN PUNTERA	1	2	33.613	6.387	$ 40.000
TOTAL			**33.613**	**6.387**	**40.000**

NOTA: encuentra a nombre de **MARIA ISABEL RIOS RAMIREZ**

Condiciones comerciales:
FORMA DE PAGO: Credito
VALIDEZ OFERTA: 30 Dias
TIEMPO DE ENTREGA: 1 A 5 Dias hábiles
TRANSPORTE: N/A

CORDIALMENTE,

Natalia Londoño
AUX. FACTURACION
(574) 4448456 ext 105
credito2@oxisalud.com.co
Calle 34 No 66A - 61
Medellin, Colombia

Impreso: 2020-02-26

675667

657 Natalia L.

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2008

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

HC: 1038867361

Favor atender por nuestra cuenta a FALCON ZAPATA ISABELA identificado con el carne 71602782-E Hijo de FALCON PRASCA CECILIO ANTONIO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Aparatos Ortopedicos	1	104515	104515

OBSERVACIONES

*PLANTILLAS SAL 90 X 12,BTM 160 X 7MM BAJORELIEVE ESPOLON CALCANEO $65.500
*BANDA EPICONDILEA DERECHA $20.790
*FERULA MUÑEQUERA DERECHA $18.225

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGÚN EL SERVICIO SOLICITADO.

GLORIA PATRICIA LÓPEZ YEPES
R.M. 5-1607-96
C.C. 43.541.575
GENERAL

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 71-602782

creada por: vgonzalezg

OxiSALUD S.A.S.
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.
675667
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☐
Revisado ☐ Recolección ☐

315 588 35 76

Fecha, 29/02/20 **Movil No.** _____ Entidad: SENA.
Nombre: Isabela Falcon. Servicio: 113421.

Observaciones: Entrega banda Cadera de tenista orden Nº 2008 / se remite atao para plantillas y ferula.

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad. Si lo requiere antes, debe dirigirse a la calle 29 #65A 04, barrio Trinidad, en nuestros horarios de atención. Debe llamar 2 horas antes para reservarlo.
- 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 Tel: 4448456 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371/2009).
- Con su firma, usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados.

Nombre quien recibe a satisfacción _____
C.C. 71602782 Hora: _____

Medellín, febrero 04 de 2020.

Señora:
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
SENA MEDELLIN

Asunto: Cotización

Cordial saludo,

OXISALUD S.A.S. es una empresa especializada en el suministro de equipos en ALQUILER Y VENTA para la hospitalización domiciliaria, contamos con servicio las 24 HORAS DEL DIA.
Queremos darles a conocer la información de acuerdo a su amable solicitud.

PRODUCTO	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
PLANTILLAS SAL 90 X 12, BMT 160X 7 MM, BAJORELIEVE ESPOLON CALCANEO	1	2	55.042	10.458	$ 65.500
BANDA EPICONDILEA DERECHA	1	1	17.471	3.319	$ 20.790
FERULA MUÑEQUERA DERECHA	1	1	15.315	2.910	$ 18.225
TOTAL			**87.828**	**16.687**	**104.515**

NOTA: encuentra a nombre de **ISABELA FALCON ZAPATA**

Condiciones comerciales:
FORMA DE PAGO: Credito
VALIDEZ OFERTA: 30 Dias
TIEMPO DE ENTREGA: 1 A 5 Dias hábiles
TRANSPORTE: N/A

CORDIALMENTE,

Natalia Londoño
AUX. FACTURACION
(574) 4448456 ext 105

Impreso: 2019-11-28

RD: 668510

Adriana Palacio

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 18923

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	CLL 34 66A - 61 MEDELLIN
Teléfono(s):	4448456 EXT 105 - 3514747
Especialidad:	OXIGENO - 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
Aparatos Ortopedicos	1	38500	38500

OBSERVACIONES

MEDIAS CON GRADIENTE 15-20 A LA RODILLA SIN PUNTERA

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

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

Dra. KIRA GUTIÉRREZ M.
REGISTRO 4231
C.C. 41.66[illegible]98
MEDICINA GENERAL
U. JUAN N. CORPAS

Médico/Odontólogo Asesor

42974284

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: vgonzalezg

SENA
REGIONAL ANTIOQUIA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL
29 ENE 2020

OXISALUD S.A.S.
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. 668510

Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☐
Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 07/02/20 **Movil No.** AP Entidad: Sena

Nombre: Maria Fabiola Vasquez Servicio: 101074

Observaciones: Se hace entrega de Medias 15/20 a la Rodilla Sin puntera

- La solicitud de cilindros portátiles a domicilio debe hacerse con 48 horas de anterioridad. Si lo requiere antes, debe dirigirse a la calle 29 #65A 04, barrio Trinidad, en nuestros horarios de atención. Debe llamar 2 horas antes para reservarlo.
- 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 Tel: 4448456 para notificar y coordinar su disposición final. (Resolución 0371/2009).
- Con su firma, usted aprueba que se le ha explicado el funcionamiento de los equipos entregados.

Nombre quien recibe a satisfacción C.C. 1129742[illegible]

Hora: _____

OXISALUD S.A.S.
Oxígeno 24 horas a domicilio
ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACIÓN

Medellín, Noviembre 22 de 2019.

Señor (es):
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE –
SENA Medellin - Colombia

Asunto: Cotización

Cordial saludo,

OXISALUD S.A.S. es una empresa especializada en el suministro de equipos en **ALQUILER Y VENTA** para la hospitalización domiciliaria, contamos con servicio las **24 HORAS DEL DIA.**
Queremos darles a conocer la información de acuerdo a su amable solicitud.

MEDIAS CON GRADIENTE 15-20 A LA RODILLA SIN PUNTERA	1	2	32.353	6.147	$ 38.500,07

NOTA: Cotización de la beneficiaria **MARIA FABIOLA VASQUEZ ZAPATA CC 42.974.284**

Condiciones comerciales:
FORMA DE PAGO: Credito
VALIDEZ OFERTA: N/A
TIEMPO DE ENTREGA: 1 a 5 días hábiles
TRANSPORTE: N/A

CORDIALMENTE, Fabiola Vasquez 42974284

Natalia Londoño
Auxiliar Facturación
(574) 4448456 ext 105
credito2@oxisalud.com.co
Calle 34 No 66A - 61
Medellin, Colombia