1641

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 1936

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

CLIENTE	SENA		
NIT	899999034 1		
DIRECCION	**CIUDAD**	**TELEFONO**	
CLL 48 4 131 K 1 VIA A STA ELENA	Medellín	4445621	
FECHA FACTURA	**FECHA VENCIMIENTO**		
03/08/2020	02/09/2020		

OBSERVACIONES
SUMINISTRO DE OXIGENO CORTE DEL 19 AL 30 DE JUNIO 2020

VENDEDOR	**FORMA DE PAGO**
NATALIA ANDREA LONDOÑO BEDOYA	Credito

Descripción	Cant.	Und.	Valor Unitario	IVA	Total
SUMINISTRO GENERADOR	228,00	Und.	4.120	0%	939.360

Valor en Letras
NOVECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**939.360**
DESCUENTO	**0**
IVA	**0**
CUOTA MODERADORA	**0**
TOTAL FACTURA	**939.360**

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 17:11:25

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

CUFE: 35fcc434098d4a15ead15c247d82c50d433bc4993da4b15398c51c8bdd4ce3f5db7fe62524271a7d3164acb1bacea2d8 Fecha Hora Expedición: 04/08/2020 08:09 AM
Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)

Fact 1936. = OK excel

AC	JUNIO	21445172	MARIA OLIVA PEREZ DE CADAVID	6523 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA 4M3, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3 CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	4.633	12	N/A	55.600	0	55.600	6.160
AC	JUNIO	32497333	MIRIAM DEL SOCORRO HENAO DE GARCIA	6524 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA 4M3, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3 CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	4.633	12	N/A	55.600	0	55.600	6.160
AC	JUNIO	22167869	AURA DE JESUS LORA URREGO	6525 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA 4M3, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3 CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	4.633	12	N/A	55.600	0	55.600	6.160
AC	JUNIO	21363624	MARIA LADY MARGUEVITTE LOPEZ	6529 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA 4M3, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3 CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	4.633	12	N/A	55.600	0	55.600	6.160
AC	OK, ya! MAYO	22049359	MARIA LUCILA DUQUE DE CARDONA 6528	6528 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA 4M3, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3 CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	4.633	12	N/A	55.600	0	55.600	6.160
22 Firma y AC.	MAYO	21522683	MARIA AMPARO SUAREZ DE CASTRILLON 6526	6526 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA 4M3, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3 CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	4.633	12	N/A	55.600	0	55.600	6.160
AC	JUNIO	21285872	MARIA DE JESUS ROJAS DE PELAEZ	6520 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA 4M3, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3 CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	4.633	12	N/A	55.600	0	55.600	6.160
AC	JUNIO	599581	ANTONIO JESUS SALAZAR HURTADO	6511 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA 4M3, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3 CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	4.633	12	N/A	55.600	0	55.600	6.160
AC	JUNIO	26523078	JOSEFINA CLAVIJO DE BARRAGAN	6516 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA 4M3, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3 CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	4.633	12	N/A	55.600	0	55.600	6.160
AC	OK, ya MAYO	21835542	MARIA ALICIA ECHEVERRI DE ECHEVERRI 6517	6517 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA 4M3, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3 CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	4.633	12	N/A	55.600	0	55.600	6.160
AC	JUNIO	21537202	MARIA LIGIA LOPEZ DUQUE	6522 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA 4M3, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3 CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	4.633	12	N/A	55.600	0	55.600	6160
AC	JUNIO	42974284	MARIA FABIOLA VASQUEZ ZAPATA	6521 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA 4M3, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3 CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	4.633	12	N/A	55.600	0	55.600	6160

Factura 1936. - OK en Excel

INFORMACION BENEFICIARIO					EQUIPOS PERMANENTES		OTROS SUMINISTROS					Mayor valor cobrado x c/un
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	
JUNIO	42968866	BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA	6512 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA 4M3, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3 CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	4.633	12	N/A	55.600	0	55.600	6.160
JUNIO	32395678	BERTHA GIRALDO DE VARELA	6513. N/A	19 de Junio al 30 de Junio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA 4M3, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3 CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	4.633	12	N/A	55.600	0	55.600	6.160
JUNIO	43586248	BLANCA LIGIA HERNANDEZ OSPINA	6514 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA 4M3, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3 CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	4.633	12	N/A	55.600	0	55.600	6.160
MAYO	22112951	HERCILIA HENAO DE RIVERA 6515	6515 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA 4M3, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3 CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	4.633	12	N/A	55.600	0	55.600	6.160
JUNIO	21365130	MARIA AMPARO CASTAÑO DE GUTIERREZ	6527 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA 4M3, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3 CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	4.633	12	N/A	55.600	0	55.600	6.160
JUNIO	21281574	LIGIA RUIZ DE AGUDELO	6568 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA 4M3, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3 CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	4.633	12	N/A	55.600	0	55.600	6.160
JUNIO	21362649	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	6518 N/A	19 de Junio al 30 de Junio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA 4M3, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3 CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	4.633	12	N/A	55.600	0	55.600	6.160
			6519 N/A		ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTATIL 1.5 M3(PERMANENTE) CON CARRO TRANSPORTADOR	1.533	12	N/A	18.400	0	18.400	

AC AC AC Falta HC AC AC AC

Impreso: 2020-07-03

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6512

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

HC: 42968866

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA 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

Adrián Zapata 1017276742

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.
679744
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO
315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☑
Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 15/7/20 **Movil No.** 6 Entidad: SENA
Nombre: Beatriz Elene B. Servicio: 101077

DII 14838 DII 14788 DII 14806
DII 14767 DII 14861 DII 14753

Observaciones: Generador de Oxigeno + portatil Completo indefinido 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: Adrián Zapata
C.C. 1017276742 Hora: 3:20

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. 2630

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Beatriz Elena Bermudez, 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)
Generador de Oxigeno + Cilindro Respaldo	14767 - 14806 - 14838
Portatil Completo	14861 - 14753 - 14788

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: Adrian Zapata CC. 1017276742		Nombre:
Domicilio:		CC.

Impreso: 2020-07-03

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6513

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

HC: 32395578

Favor atender por nuestra cuenta a GIRALDO DE VARELA BERTHA identificado con el carne 42996566-A Madre-Padre de VARELA GIRALDO AMPARO 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

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
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. 42996566

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.
679745
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO
315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☐
Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, _____ **Movil No.** _____ Entidad: Sevia
Nombre: Bertha Rosa Giraldo Servicio: 84214

DII 14848 DII 14783 DII 14802
DII 14772 DII 9626 DII 14741

Observaciones: Generador de Oxigeno + ✓
Portatil Completo ✓
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 Amparo Ibarra
C.C. 42936786 Hora: 9:50

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. 2631

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Bertha Rosa Giraldo , 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)
Generador + Cilindro Respaldo	14772 - 14802 - 14848
portatil Completo	9226 - 14741 - 14783

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: Amparo Yoch CC. 42996766		Nombre: _____
Domicilio: _____		CC. _____

Impreso: 2020-07-03

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6514

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

HC: 43586248

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA 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

Blanca Ospina

Recibido a Satisfacción C.C.43 586248

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.
679746
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO
315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☐
Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, _____ **Movil No.** _____ Entidad: Sevel
Nombre: Blanca Ligia Ospina Servicio: 68329

DII 14841 DII 14786 DII 13916
DII 11044 DII 14761 DII 14740

Observaciones: Generador de Oxigeno + portatil Completo.
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: Blanca Ospina
C.C. 43586198
Hora: _____

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. 2632

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Blanca Leyla Ospina, 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)
Generador + cilindro de respaldo	14761 - 11044 - 14841
portatil Completo	1396 - 14740 - 14786

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: Blanca Ospina CC. 43586278		Nombre: _____
Domicilio: _____		CC. _____

Impreso: 2020-07-03

JUNIO

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6515

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

HC: 22112951

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

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Medicamentos	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
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

Liliana Rivera H

Recibido a Satisfacción C.C. 42688569

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-04

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6527

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

HC: 21365130

Favór atender por nuestra cuenta a CASTAÑO DE GUTIERREZ MARIA AMPARO identificado con el carne 3322239-C Conyuge de GUTIERREZ RESTREPO AGUSTIN DE JESUS 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

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
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

Georgina Piedrahita Morales
Recibido a Satisfacción C.C. 39208874

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.
679750
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: 73745
Nombre: Maria Amparo C. Servicio: SENA

DI110064 DI/9207 DI/11447

Observaciones: Generador de Oxigeno + portatil Completo 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 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: Georgina piedrahita
C.C. 39205 874 Hora: 10:25

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. 2636

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Maria Amparo Castaño, 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)
Generador	10064
portatil	9207 - 11447

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: Georgina Piedrahita CC. 39-208 874		Nombre: _____
Domicilio: _____		CC. _____

Impreso: 2020-07-06

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6568 - 9735

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

HC: 21281574

Favor atender por nuestra cuenta a RUIZ DE AGUDELO LIGIA identificado con el carne 42993430-A Madre-Padre de AGUDELO RUIZ MARIA EUGENIA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
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

Patricia Maria Diez 43550603
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.
679749
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

PSC ☐ Serv. Normal ☑
Revisado ☐ Recolección ☐

315 588 35 76

Fecha, 13/7/2 **Movil No.** 6 Entidad: Sena
Nombre: Gloria Ruiz de Agudelo Servicio: 68383

DII 14847 DII 14780 DII 14801
DII 14775 DII 14870 DII 14758

Observaciones: Generador de oxigeno portatil Completo
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 Patricia Maria Diez
C.C 43550603 Hora: 10:10

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. 2635

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Ligia Ruiz De Agudelo, 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)
Generador + Cilindro Respaldo	14775 - 14801 - 14847
Portatil Completo	14870 - 14758 - 14780

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: Patricia Diez CC. 43550603		Nombre: _____
Domicilio: _____		CC. _____

Impreso: 2020-07-03

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6518

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

HC: 21362649

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

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

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
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 C.C. 43586706

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.
696801
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: Maraia Balmy Arcila Servicio: 68376

DII 14839 DII 14820 DII 14777
DII 15901 DII 18192 DII 17185
DII 14749

Observaciones: Generador de Oxigeno + portatil Completo
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
Hora: 2:50

C.C.

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. 2637

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo María Balmy Arcila, 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)
Generador + cilindro Respaldo	14777 - 14820 - 14839
portatil Completo	15901 - 18192 - 17185 - 14749

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: _____ CC. _____		Nombre: _____
Domicilio: _____		CC. _____

Impreso: 2020-07-03

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6519

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

HC: 21362649

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

ALQUILER DE PIPETA PORTATIL ADICIONAL
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

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-04

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6523

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

HC: 21445172

Favor atender por nuestra cuenta a PEREZ DE CADAVID MARIA OLIVA identificado con el carne 70112303-A Madre-Padre de CADAVID PEREZ LUIS FERNANDO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA 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

Liliana Cadavid P. 43-676-431

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.
696806
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: Maria Oliva perez Servicio: 42361

DII 14842 DII 14789 DII 14805
DII 14778 DII 18911 DII 14751

Observaciones: Generador Oxigeno + portatil Completo 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 Liliana Cadavid P.
Hora: 1:24 C.C. 43.676.431

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. 2642

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Maria Oliva Perez, 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)
Generador + cilindro Respaldo	14778 - 14805 - 14842
portatil Completo	18911 - 14751 - 14789

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: Liliana Cadavid P. 43.676431		Firma
Nombre: _____ CC. _____		Nombre: _____
Domicilio: _____		CC. _____

Impreso: 2020-07-04

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6524

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

HC: 32497333

Favor atender por nuestra cuenta a HENAO DE GARCIA MIRIAM DEL SOCORRO identificado con el carne 8301798-C Conyuge de GARCIA JOSE MARIA 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

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
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. 8301798

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.
696807
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: SEVA

Nombre: MIRYAM Del Socorro H. Servicio: 68398

DII 14846 DII 14797 DII 14813
DII 14774 DII 14862 DII 14798

Observaciones: Generador Oxigeno + portatil Completo 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

Hora: 12:05 C.C. 8301798

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. 2643

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Miriam del Socorro Henao, 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)
Generador + Cilindro Respaldo	14774 - 14813 - 14846
Portatil Completo	14862 - 14798 - 14797

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: _____ CC. 8301798		Nombre: José Horacio Echeverría
Domicilio: _____		CC. 8301798

Impreso: 2020-07-04

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6525

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

HC: 22167869

Favor atender por nuestra cuenta a LORA URREGO AURA DE JESUS identificado con el carne 15482391-A Madre-Padre de HERRERA LORA ALBEIRO DE JESUS 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

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
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

Rosa Elena Yarin

Recibido a Satisfacción C.C. 43077625

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.
679742
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: Aura de Jesus Lora Servicio: 103536

DII 1872 DII 15397 DII 6182
DII 7528 DII 10960

Observaciones: Entrega Generador de Oxigeno + portatil indefinido 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: Rosa Elena Yoris
C.C. 1307965 Tel: 10.76 Hdra:

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. 2629

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Aura de Jesus Lora Urrego, 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)
Generador Oxigeno + Cilindro K portatil	15397 - 1872 - 6182 1528 - 10960

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: Rosa Elena Olaya CC. 43077685 Domicilio: _____		Nombre: _____ CC. _____

Impreso: 2020-07-04

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6529

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

HC: 21363624

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

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

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
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 C.C. 8299367

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.
696804
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

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

Fecha 13/7/22 **Movil No.** 6 Entidad: Sena

Nombre: María Lady Marquevitte Servicio: Oxigeno

D11 8560 D11

Observaciones: Generador de Oxigeno (los otros equipos se recogieron por orden de la Entidad)

- 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 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_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 William Muñoz Pino

Hora: 9:37 C.C. 8294362

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. 2640

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Maria lady Marguerette , 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)
Generador Oxigeno	8560

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: Wilmer Muñoz Doc. 8294367		Nombre: _____
Domicilio: _____		CC. _____

Impreso: 2020-07-04

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6528

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

HC: 22049359

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA 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

22.052.218
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.
696819
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: María Lucila Duque Servicio: 107502

DII 16492 DII 16459 DII 14926
DII 14571 DII 12842 DII 14487

Observaciones: Generador Oxigeno + portatil Completo 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.

CON O2 ☐☐☐ ☐☐☐ OXIMETRÍA 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 Hermilda Cardona D.
Hora: 17:24 C.C. 22.052.218

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. 6504

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo María Lucila Duque, 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)
Generador + Cilindro respaldo	14926 - 16459 - 16492
portatil Completo	14571 - 12842 - 14987

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: Hermilda Cardona D. CC. 22.052.218		Nombre:
Domicilio: Avenida 20 de Julio San Vicente Ferrer		CC.

Impreso: 2020-07-04

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6526

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

HC: 21522683

Favor atender por nuestra cuenta a SUAREZ DE CASTRILLON MARIA AMPARO identificado con el carne 3589104-D Madre-Padre de CASTRILLON SUAREZ JOSE ARNULFO 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

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
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 C.C.

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-03

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6520

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

HC: 21285872

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA 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

Fernando Pelaez R. 17.183.948.

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.
696802
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

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

Fecha, 15/2/20 **Movil No.** 6 Entidad: SENA

Nombre: María de Jesus Rojas Servicio: 41235

DII 14784 DII 15768 DII 16471
DII 14768 DII 6009 DII 14744

Observaciones: Generador Oxigeno + portatil
Completo
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 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 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_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 Luis Fernando Pelaez Rojas
Hora: 11:11 C.C. 17.183.948

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. 2638

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Maria de Jesus Rojas, 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)
Generador + cilindro Respaldo	14768 - 16471 - 13768
portatil Completo	6009 - 14744 - 14784

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 Fernando Peláez R.		Firma
Nombre: Luis Fernando Peláez Rojas CC. 17.183.948		Nombre: _____
Domicilio: _____		CC. _____

Impreso: 2020-07-03

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6511

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

HC: 599581

Favor atender por nuestra cuenta a SALAZAR HURTADO ANTONIO JESUS identificado con el carne 3419295-B Madre-Padre de SALAZAR TORO JOSE VICENTE - ISS 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

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
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. 21984800

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.
696818
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: Antonio De Jesus Salazar Servicio: 68500

DII 9364	DII 14933	DII 5757
DII 13400	DII 14000	

Observaciones: _____

- 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 oxigeno, 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 Colina Machado

Hora: 12:37 C.C. 21984860

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. 6503

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Antonio de Jesus Salazar, 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)
Generador	14933
Portatil	3757 - 9369 - 13400

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: Celina Machado CC. 21784860		Nombre: _____
Domicilio: _____		CC. _____

Impreso: 2020-07-03

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6516

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

HC: 26523078

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

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

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
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. 1037596645

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.
679748
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO
315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☐
Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 15/7/20 **Movil No.** 6 Entidad: Sena
Nombre: Joscelina Clavijo Servicio: 68386

DII 14843 DII 2331 DII 14942
DII 11758 DII 14607 DII 7293

Observaciones: Generador de Oxigeno + portatil Completo 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 Daniel Alcantara
C.C. 1053776457 Hora: 10:47

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. 2634

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Josefina Clavijo de Barrera, 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)
Generador Oxigeno + cilindro L.	14942 - 2331 - 14843
Portatil Completo	11758 - 14607 - 72093

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: Daniel Hernandez CC. 1035964612		Nombre: _____
Domicilio: _____		CC. _____

Impreso: 2020-07-03

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6517

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

HC: 21835542

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

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

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
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

Piedad Echeverry. 39'181.413
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.
696817

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: SCNA

Nombre: Maria Alcia echeverry Servicio: 68415

D/ 14845	D/ 14796	D/ 14807
D/ 14766	D/ 14809	D/ 14759

Observaciones: Generador Oxigeno + portatil Completo 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 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 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 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 Piedad Echeverry.

Hora: _____ C.C. 39'181.413

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. 6502

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Maria Alicia Echeverry , 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)
Generador + cilindro respaldo	14766 - 14807 - 14845
portatil	14867 - 14759 - 14796

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: Piedad Echeverry CC. 39'181413 Domicilio: carrera 22 #021-58.		Nombre: _____ CC. _____

Impreso: 2020-07-03

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6522

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

HC: 21537202

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

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

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
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

Ligia López.
x 21537202.

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.
696805

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: 101133

Nombre: María Tigia López D. Servicio: SENA

DII 12521	DII 13884	DII 11702
DII 16083	DII 7441	DII 11329

Observaciones: Generador de Oxigeno + portatil Completo
Contrato Nuevo 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 Tigia Lopez

Hora: 3:55 C.C. 21.537.502

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. 2641

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo María Ligia Lopez D. , 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)
Generador + cilindro Respaldo	11702 - 13884 - 7441
portatil Completo	16083 - 12521 - 11329

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: Ligia Lopez CC. 21557207		Nombre:
Domicilio:		CC.

Impreso: 2020-07-03

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6521

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
Suministro De Oxigeno (Mes) Hasta	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
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

42974284

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.
696803
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: Maria Isabela Vasquez Servicio: 101074

DII 148401 DII 148001

DII 4400

Observaciones: Generador de oxigeno

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 oxigeno 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 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 Isabela Vasquez Z

Hora: 11:12 C.C. 42974284

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. 2639

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo María Fabiola Vasquez, 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)
Generador de Oxigeno + Cilindro Respaldo	14849 - 14809 - 4400

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. 42977428		Nombre: _____
Domicilio: _____		CC. _____

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 2010

Resol Autorización No.18764001612503 de 2020/08/04. Aut. desde FE-1990 al FE-10000. 18 MESES.

CLIENTE	SENA		
NIT	899999034 1		
DIRECCION	**CIUDAD**	**TELEFONO**	
CLL 48 4 131 K 1 VIA A STA ELENA	Medellín	4445621	
FECHA FACTURA	**FECHA VENCIMIENTO**		
10/08/2020	09/09/2020		

OBSERVACIONES		
VENTA DE OXIMETROS RD Nº 703012 DEL 07/08/2020		
VENDEDOR	**FORMA DE PAGO**	
JOSE ANTONIO TORRES CABREJO	Credito	

Descripción	Cant.	Und.	Valor Unitario	IVA	Total
OXIMETRO ADULTO CON CURVA	6,00	Und.	115.000	0%	690.000

Valor en Letras

SEISCIENTOS NOVENTA MIL PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**690.000**
DESCUENTO	**0**
IVA	**0**
CUOTA MODERADORA	**0**
TOTAL FACTURA	**690.000**

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: 10/08/2020 17:04:43

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

UFE: 7406d325e175afa62f551c68e3f24651a6db906f958bea38923856b30e603b20bd7ca56afb2a33317d93263fe744da8e Fecha Hora Expedición: 11/08/2020 12:13 PM

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

FE 2010

CONTROL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES No. 703012

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

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 07/08/2020 **Movil No.** _____ Entidad: SENA

Nombre: SENA Servicio: _____

6 Oximetros Clinica
JUMPER

Observaciones: _____

- 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.

CON O2 ☐☐☐☐☐☐ OXIMETRIA SIN O2 ☐☐☐☐☐☐

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

NUMERO DE SERIE. _____ CODIGO DE BARRAS: _____

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

FRED ALVAREZ
Nombre quien recibe a satisfacción 98562339

Hora: _____ C.C.

1763

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 1934

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	03/08/2020
FECHA VENCIMIENTO	02/09/2020

OBSERVACIONES
PACIENTES CON OXIGENO*CAMA*CPAP*VPAP- CORTE DEL 1 A 31 DE JULIO 2020

VENDEDOR	**FORMA DE PAGO**
NATALIA ANDREA LONDOÑO BEDOYA	Credito

Descripción	Cant.	Und.	Valor Unitario	IVA	Total
SUMINISTRO GENERADOR	19,00	Und.	123.600	0%	2.348.400
SUMINISTRO PORTATIL ADICIONAL (EPS SURA)	1,00	Und.	46.000	0%	46.000
CAMA MANUAL - ALQUILER	30,00	Und.	1.625	19%	48.740
CPAP STANDART - ALQUILER	7,00	Und.	86.555	19%	605.882
VPAP AUTOMATICO-ALQUILER	3,00	Und.	197.479	19%	592.437

Valor en Letras
TRES MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS UN PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**3.641.460**
DESCUENTO	**0**
IVA	**236.941**
CUOTA MODERADORA	**0**
TOTAL FACTURA	**3.878.401**

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 16:37:16

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

CUFE: 3730a7e1f3ea06ed97603c66605424c7f8d7fcd4884c3b09f4067ada3194416888bf7962b6a7dacf3fbbe10052dc1cf2 Fecha Hora Expedición: 04/08/2020 08:00 AM
Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)

- copia

JULIO	31445572	MARIA OLIVA PEREZ DE CADAVID	6256	1 de Julio al 31 de Julio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA: 4MB, M6 (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 MB CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	123.600	1	N/A	123.600	0	123.600
JULIO	32487332	MIRIAM DEL SOCORRO MUÑOZ DE GARCIA	9524	1 de Julio al 31 de Julio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA: 4MB, M6 (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 MB CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	123.600	1	N/A	123.600	0	123.600
JULIO	52107969	MARIA DE JESUS LORA ENRIQUEZ	6286	1 de Julio al 31 de Julio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA: 4MB, M6 (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 MB CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	123.600	1	N/A	123.600	0	123.600
JULIO	21181621	MARIA LADY MARQUEVITZ LOPEZ	6295	1 de Julio al 31 de Julio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA: 4MB, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 MB CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	123.600	1	N/A	123.600	0	123.600
JULIO	22894939	MARIA LUCILA DUQUE DE LA HOZ	6326	1 de Julio al 31 de Julio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA: 4MB, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 MB CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	123.600	1	N/A	123.600	0	123.600
JULIO	21321661	MARIA AMPARO SUAREZ DE CASTRILLON	6289	1 de Julio al 31 de Julio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA: 4MB, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 MB CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	123.600	1	N/A	123.600	0	123.600
JULIO	21325671	MARIA DE JESUS MORA DE PELAEZ	6261	1 de Julio al 31 de Julio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA: 4MB, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 MB CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	123.600	1	N/A	123.600	0	123.600
JULIO	999561	ANTONIO JESUS SALAZAR HURTADO	6271	1 de Julio al 31 de Julio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA: 4MB, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 MB CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	123.600	1	N/A	123.600	0	123.600
JULIO	26523026	JOSEFINA CLAVIJO DE BARRAGAN	6275	1 de Julio al 31 de Julio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA: 4MB, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 MB CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	123.600	1	N/A	123.600	0	123.600
JULIO	21935543	MARIA OLIDA ECHEVERRI DE ECHEVERRI	9517	1 de Julio al 31 de Julio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA: 4MB, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 MB CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	123.600	1	N/A	123.600	0	123.600
JULIO	21335782	MARIA LUISA LOPEZ DUQUE	6283	1 de Julio al 31 de Julio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA: 4MB, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 MB CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	123.600	1	N/A	123.600	0	123.600
JULIO	42974834	MARIA PAMELA VASQUEZ ZAPATA	6242	1 de Julio al 31 de Julio	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA: 4MB, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 MB CON CARRO TRANSPORTADOR (PERMANENTE) MÁS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	123.600	1	N/A	123.600	0	123.600
JULIO	32313696	ALBA LUCIA ISAZA	6296	1 de Julio al 31 de Julio	CPAP SENCILLO	86.555	1	N/A	86.555	16.445	103.000
JULIO	32 23801	ANDRES MARCAS ALVAREZ	6298	1 de Julio al 31 de Julio	CPAP SENCILLO	86.555	1	N/A	86.555	16.445	103.000
JULIO	8564857	ALFONSO DE JESUS OCAMPO PEREZ	6292	1 de Julio al 31 de Julio	CPAP SENCILLO	86.555	1	N/A	86.555	16.445	103.000
JULIO	20161487	MARY LUZ MORENO DE BEDOYA	6294	1 de Julio al 31 de Julio	CPAP SENCILLO	86.555	1	N/A	86.555	16.445	103.000
JULIO	43023087	OLGA LUCIA ESCOBAR POSADA	6315	1 de Julio al 31 de Julio	CPAP SENCILLO	86.555	1	N/A	86.555	16.445	103.000
JULIO	52475844	MARIA CRISTINA CARDONA MADRID	6290	1 de Julio al 31 de Julio	CPAP SENCILLO	86.555	1	N/A	86.555	16.445	103.000
JULIO	41877119	CRISTINA PULETA URIBE	6299	1 de Julio al 31 de Julio	CPAP SENCILLO	197.479	1	N/A	197.479	37.521	235.000
JULIO	156681	PABLO EMILIO ARANGO CHICA	6305	1 de Julio al 31 de Julio	CAMILLA MANUAL	1.625	30	N/A	48.749	9.261	58.001
JULIO	15-06-0854	JERUSALEM HERRERA DE OCAMPO	6301	1 de Julio al 31 de Julio	CPAP SENCILLO	150.479	1	N/A	197.479	37.521	235.000
JULIO	21343760	MARTHA LIA PIEDRAHITA DE RAMIREZ	6305	1 de Julio al 31 de Julio	CPAP SENCILLO	197.479	1	N/A	197.479	37.521	235.000
JULIO	21345277	CLARA OFELIA ZULUAGA DE POSADA	6188	1 de Julio al 31 de Julio	CPAP SENCILLO	86.555	1	N/A	86.555	16.445	103.000
TOTAL						3.384.364	50	N/A	3.643.464	336.841	3.979.481

INFORMACIÓN BENEFICIARIO					EQUIPOS PERMANENTES		OTROS SUMINISTROS				
Periodo de Facturación	C.C.	Nombre y Apellidos del Beneficiario	Orden de Autorización No.	Fecha	DESCRIPCION DEL SERVICIO	Valor UNITARIO	Cantidad	Disponibilidad solicitudes adicionales Cantidades	Valor Bruto	IVA%	Valor TOTAL
JULIO	4299-8884	BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA	6272	1 de Julio al 31 de Julio	PAQUETE INTEGRAL DE CRIADERO MEDICINAL BIOACOLCHADO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LITS/MIN DE OXIGENO, MAS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD NOMINAL 4M3, UN (1) CARRITO PORTATIL 2.5 MS CON CARRO TRANSPORTADOR PERMANENTE MAS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	129.000	1	N/A	129.000	0	129.000
JULIO	32490374	MARTHA GIRALDO DE VARELA	6273	1 de Julio al 31 de Julio	PAQUETE INTEGRAL DE CRIADERO MEDICINAL BIOACOLCHADO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LITS/MIN DE OXIGENO, MAS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD NOMINAL 4M3, UN (1) CARRITO PORTATIL 2.5 MS CON CARRO TRANSPORTADOR PERMANENTE MAS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	123.500	1	N/A	123.500	0	123.500
JULIO	43388268	BLANCA LIGIA HERNANDEZ OSPINA	6274	1 de Julio al 31 de Julio	PAQUETE INTEGRAL DE CRIADERO MEDICINAL BIOACOLCHADO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LITS/MIN DE OXIGENO, MAS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD NOMINAL 4M3, UN (1) CARRITO PORTATIL 2.5 MS CON CARRO TRANSPORTADOR PERMANENTE MAS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	123.500	1	N/A	123.500	0	123.500
JULIO	22112951	HERCILIA HENAO DE RIVERA	6275	1 de Julio al 31 de Julio	PAQUETE INTEGRAL DE CRIADERO MEDICINAL BIOACOLCHADO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LITS/MIN DE OXIGENO, MAS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD NOMINAL 4M3, UN (1) CARRITO PORTATIL 2.5 MS CON CARRO TRANSPORTADOR PERMANENTE MAS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	123.500	1	N/A	123.500	0	123.500
JULIO	21365338	MARIA AMPARO CASAÑO DE GUTIERREZ	6276	1 de Julio al 31 de Julio	PAQUETE INTEGRAL DE CRIADERO MEDICINAL BIOACOLCHADO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LITS/MIN DE OXIGENO, MAS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD NOMINAL 4M3, UN (1) CARRITO PORTATIL 2.5 MS CON CARRO TRANSPORTADOR PERMANENTE MAS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	123.500	1	N/A	123.500	0	123.500
JULIO	21241574	LIGIA RUIZ DE AGUDELO	6277	1 de Julio al 31 de Julio	PAQUETE INTEGRAL DE CRIADERO MEDICINAL BIOACOLCHADO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LITS/MIN DE OXIGENO, MAS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD NOMINAL 4M3, UN (1) CARRITO PORTATIL 2.5 MS CON CARRO TRANSPORTADOR PERMANENTE MAS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	123.500	1	N/A	123.500	0	123.500
JULIO	21962649	MARIA SALMY ARCILA DE CLAVIJO	6278	1 de Julio al 31 de Julio	PAQUETE INTEGRAL DE CRIADERO MEDICINAL BIOACOLCHADO, INCLUYE: CONCENTRADOR, BAJO FLUJO, 1 A 5 LITS/MIN DE OXIGENO, MAS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD NOMINAL 4M3, UN (1) CARRITO PORTATIL 2.5 MS CON CARRO TRANSPORTADOR PERMANENTE MAS DOS (2) RECARGAS AL MES Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	123.500	1	N/A	123.500	0	123.500
			6279		ALQUILER ADICIONAL UN CILINDRO PORTATIL 2.5 MS PERMANENTE CON CARRO TRANSPORTADOR.	46.000	1	N/A	46.000	0	46.000

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6272

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

HC: 42968866

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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

Adrián Zapata 1017276742

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6273

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

HC: 32395578

Favor atender por nuestra cuenta a GIRALDO DE VARELA BERTHA identificado con el carne 42996566-A Madre-Padre de VARELA GIRALDO AMPARO 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

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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. 42996766

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6274

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

HC: 43586248

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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

Blanca Ospina

Recibido a Satisfacción C.C. 43586248

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6275

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

HC: 22112951

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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

Alberto Rivera H

Recibido a Satisfacción C.C. 15500986

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6289

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

HC: 21365130

Favor atender por nuestra cuenta a CASTAÑO DE GUTIERREZ MARIA AMPARO identificado con el carne 3322239-C Conyuge de GUTIERREZ RESTREPO AGUSTIN DE JESUS 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

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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

Georgina preciado Morales
Recibido a Satisfacción C.C. 39205 874

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6277

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

HC: 21281574

Favor atender por nuestra cuenta a RUIZ DE AGUDELO LIGIA identificado con el carne 42993430-A Madre-Padre de AGUDELO RUIZ MARIA EUGENIA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Medicamentos	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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

Patricia María Díez 43550603
Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6279

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

HC: 21362649

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

D E S C R I P C I Ó N

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Medicamentos	1	0	0

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

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6280

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

HC: 21362649

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

ALQUILER DE PIPETA PORTATIL ADICIONAL - MES DE JULIO

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. 43586706

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6284

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

HC: 21445172

Favor atender por nuestra cuenta a PEREZ DE CADAVID MARIA OLIVA identificado con el carne 70112303-A Madre-Padre de CADAVID PEREZ LUIS FERNANDO 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

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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

Liliana Cadavid P. 43.676.431

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6285

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

HC: 32497333

Favor atender por nuestra cuenta a HENAO DE GARCIA MIRIAM DEL SOCORRO identificado con el carne 8301798-C Conyuge de GARCIA JOSE MARIA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6286

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

HC: 22167869

Favor atender por nuestra cuenta a LORA URREGO AURA DE JESUS identificado con el carne 15482391-A Madre-Padre de HERRERA LORA ALBEIRO DE JESUS Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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. 1037675...

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6291

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

HC: 21363624

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

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

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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. 8299367

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6290

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

HC: 22049359

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

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Medicamentos	1	0	0

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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

Humilda Cardona 22.052.218

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6288

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

HC: 21522683

Favor atender por nuestra cuenta a SUAREZ DE CASTRILLON MARIA AMPARO identificado con el carne 3589104-D Madre-Padre de CASTRILLON SUAREZ JOSE ARNULFO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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. 1152260083

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6281

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

HC: 21285872

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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

Hernando Pelaez R. 17.183.948

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6271

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

HC: 599581

Favor atender por nuestra cuenta a SALAZAR HURTADO ANTONIO JESUS identificado con el carne 3419295-B Madre-Padre de SALAZAR TORO JOSE VICENTE - ISS Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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

a Olga Maldonado

Recibido a Satisfacción C.C. 21784980

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6276

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

HC: 26523078

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6278

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

HC: 21835542

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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

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

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6283

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

HC: 21537202

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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

Ligia Lopez
21.537.202

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6282

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.

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

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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. 42974284

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6296

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 EL MES DE JULIO DE 2020

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

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6298

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

2

CPAP STANDAR - ALQUILER
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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. 32960079

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6292

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.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

CPAP STANDAR - ALQUILER
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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. 42783265

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6294

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 EL MES DE JULIO DE 2020

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

Mary L. de Bedoya M

C.C. 20181495

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6295

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 EL MES DE JULIO DE 2020

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

Olga Vera Escobar P

Recibido a Satisfacción C.C. 43078039

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6293

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 EL MES DE JULIO DE 2020

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

17.047.959 17047.959

Médico/Odontólogo Asesor | Recibido a Satisfacción | C.C.

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6299

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 EL MES DE JULIO DE 2020

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. 43045194

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6305

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.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

ALQUILER CAMA HOSPITALARIA MANUAL CON BARANDAS 3 (TRES) NIVELES
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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. 42783265

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6301

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.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

BPAP AUTOMATICO - ALQUILER
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Nidia Maria Ocampo H
Recibido a Satisfacción C.C. 43506579

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-07-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6303

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

HC: 21343785

Favor atender por nuestra cuenta a PIEDRAHITA DE RAMIREZ MARTHA LIA identificado con el carne 32534097-A Madre-Padre de RAMIREZ PIEDRAHITA MARIA VICTORIA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

BPAP AUTOMATICO - ALQUILER
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DE 2020

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. 32534077

creada por: vgonzalezg

Impreso: 2020-06-26

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6189

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

HC: 32345277

Favor atender por nuestra cuenta a ZULUAGA DE POSADA CLARA OFELIA identificado con el carne 43562551-A Madre-Padre de POSADA ZULUAGA XIOMARA Funcionario del SENA.

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 CON MASCARA ORONASAL TALLA M, RAMPA DE 20, PRESION DE 6 CMS
SEGUN PRESCRIPCION MEDICA (INGRESO PACIENTE NUEVO)

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

Mateo Mejía Posada

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 1000 409 009

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.
679740
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO
315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☐
Revisado ☒ Recolección ☐

Fecha, 01/07/26 Movil No Captiva Entidad: Sena
Nombre: Clara Cecilia Posada Servicio: _____

D/ 14102 D/ 14101

Observaciones: Alto Grant + Memorial + Humificador + Calle de poder + Mascara Oronasal 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. 1000 409 009 Hora: 10:39 am

NIT. 844.013.645-9

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. 2625

ACTA DE COMPROMISO - RECEPCIÓN DE EQUIPOS

Yo Clara Ofelia Posada, 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)
Auto cpap + Humidificador	14102 - 14101

SEGUNDO: Estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad Sema a la cual estoy adscrito (X) 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 02 07 2020

Paciente/Responsable que Recibe:	Oxisalud S.A.S	Funcionario que Entrega:
Firma		Firma
Nombre: Mateo Mejía Pareda CC. 1000 909 009		Nombre: Julian A.
Domicilio: Cra 43A # 53 D Sur - 46 Sabaneta		CC. 1037 634 193

1764

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 1935

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

CLIENTE	SENA
NIT	899999034 1

DIRECCION	**CIUDAD**	**TELEFONO**
CLL 48 4 131 K 1 VIA A STA ELENA	Medellín	4445621

FECHA FACTURA	**FECHA VENCIMIENTO**
03/08/2020	02/09/2020

OBSERVACIONES
PRODUCTOS LINEA BLANDA JULIO 2020

VENDEDOR	**FORMA DE PAGO**
NATALIA ANDREA LONDOÑO BEDOYA	Credito

Descripción	Cant.	Und.	Valor Unitario	IVA	Total
MEDIA 15-20 A LA RODILLA DAMA THERAFIRM	2,00	Und.	26.288	19%	52.576
MEDIA 20-30 A LA RODILLA THERAFIRM	1,00	Und.	46.092	19%	46.092

Valor en Letras
CIENTO DIECISIETE MIL CUATROCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**98.668**
DESCUENTO	**0**
IVA	**18.747**
CUOTA MODERADORA	**0**
TOTAL FACTURA	**117.415**

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 17:07:26

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

CUFE: 1fcca4bd0ee1fa174dff1de7d4a5c7dc9ab21a63be47c04977abf11a3651b3af4b70fcb81414eab6d57151d7fb5bae40 Fecha Hora Expedición: 04/08/2020 08:08 AM
Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)

INFORMACIÓN BENEFICIARIO					EQUIPOS PERMANENTES		OTROS SUMINISTROS				
Período de Facturación	C.C.	Nombre Beneficiario SMA	Orden de Atención No.	Fecha	DESCRIPCION DEL SERVICIO	Valor UNITARIO	Cantidad	Dispositivos médicos/ elmentos Ortopédico	Valor bruto	IVA	Valor TOTAL
JULIO	21721562	ANA DE JESUS PARRA BETANCUR	6619	06/07/2020	N/A	N/A	1	MEDIAS DE COMPRESION 15-20 HASTA LA RODILLA CON PUNTERA	26288	4995	31283
JULIO	21393127	MARIA RUTH LONDOÑO DE FRANCO	7218	24/07/2020	N/A	N/A	1	MEDIAS DE COMPRESION 15-20 HASTA LA RODILLA CON PUNTERA	26288	4995	31283
JULIO	32469954	MARIA AMPARO ARROYAVE BARRIENTOS	6971	15/07/2020	N/A	N/A	1	MEDIAS DE COMPRESION 20-30 HASTA LA RODILLA CON PUNTERA	46092	8757	54849
TOTAL									**98668**	**18747**	**117415**

FE 1935

Impreso: 2020-07-06

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6619

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

HC: 21721562

Favor atender por nuestra cuenta a PARRA BETANCUR ANA DE JESUS identificado con el carne 71665514-A Madre-Padre de FLOREZ PARRA EFREN Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Zapatos Ortopedicos Y/O Plantillas	1	31283	31283

OBSERVACIONES

MEDIAS DE COMPRESION 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

Ana de Jesus Parra B

Recibido a Satisfacción C.C. 21721562

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.
696578

Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

315 588 35 76

PSC ☐ Serv. Normal ☐ Revisado ☐ Recolección ☐

Fecha, 09/07/20 **Movil No.** _____ Entidad: SENA

Nombre: Anade jeans Para. Servicio: 109202

Observaciones: Entrega Fecha 15-20 a la Rodilla
Talla S orden Sena # 6619

- 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 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_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 Ruben Dario Flores

Hora: _____ C.C. 71 605 822

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

Medellín, Julio 06 de 2020.

Señores:
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA
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	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
MEDIAS DE COMPRESION 15-20 HASTA LA RODILLA	1	26.288	4.995	$ 31.283

Condiciones comerciales: **BENEFICIARIA ANA DE JESUS PARRA BETANCUR CC 21.721.562**

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

CORDIALMENTE,

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

Pie1-38

Impreso: 2020-07-24

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 7218

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

HC: 21393127

Favor atender por nuestra cuenta a LONDOÑO DE FRANCO MARIA RUTH identificado con el carne 71604145-A Madre-Padre de FRANCO LONDOÑO JOSE DAVID Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Zapatos Ortopedicos Y/O Plantillas	1	31283	31283

OBSERVACIONES

SE AUTORIZAN MEDIAS HASTA LA RODILLA CON GRADIENTE 15-20 MMHG CON 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. 71647964 Med

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.
700892
Tel: 444 84 56
24 HORAS A DOMICILIO

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

Fecha, 28/07/2020 **Movil No.** Daniela Entidad: Sena

Nombre: Maria ruth londoño Servicio: 69933

S.o realiza entrega media 15-20
talla M color natural

Observaciones: _____

- 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 oxigeno, 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 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.

CON O_2 ☐☐☐☐☐☐ OXIMETRÍA 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 Carlos Mario Fraco
Hora: 11:19 AM C.C. 71687961 Medellín

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA **SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN** **PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO** **FÓRMULA MEDICAMENTOS-SMA**	Versión: 01 Código: GTH-F-005

Beneficiario

MARIA RUTH LONDOÑO DE FRANCO

CC 21393127

Fecha 17 07 2020

	Cantidad
SE AUTORIZAN MEDIAS HASTA LA ROBILLA CON GRADIENTE 15-20 MMHG CON PUNTERA	**1 UN PAR**

Firma y Sello del Médico

Impreso: 2020-07-15

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 6971

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

HC: 32469954

Favor atender por nuestra cuenta a ARROYAVE BARRIENTOS MARIA AMPARO identificado con el carne 8277001-C Conyuge de OSORNO QUINTERO ROBERTO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Zapatos Ortopedicos Y/O Plantillas	1	54849	54849

OBSERVACIONES

MEDIAS DE COMPRESION 20-30 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

Medellín, Julio 13 de 2020.

Señores:
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA
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	VALOR UNITARIO	IVA	VALOR TOTAL
MEDIAS DE COMPRESION 20-30 HASTA LA RODILLA	1	46.092	8.757	$ 54.849

Condiciones comerciales: **BENEFICIARIA MARIA AMPARO ARROYAVE BARRIENTOS CC 32469954**

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

CORDIALMENTE,

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