From: Felix Hernando Gomez Ramirez
To: Angelica Maria Molina Muñoz
Subject: RV: CPE No. 05-9-2026-056066 - SOLICITUD DE PAGO # 1 OXISALUD
Date: martes, 22 de septiembre de 2026 2:52:04 p. m.
Attachments: PAGO 01 GRF-F-089FORMATOCOMUNICACIONINTERNAPARAREGISTRODEOBLIGACION OXISALUD.PDF 01-MAIL-Anexos Res.pdf
C.I.(FRM)-9-2026-056066-(5)-51040-+ CLARA INES AGUILAR VELASQUEZ--SOLICITUD D.html
INFORME 01 GCCON-F-031INFORMEDESUPERVISIONUNIFICADOBYSYPDS OXISALUD.PDF 01-MAIL-Anexos Respuestas I.pdf
FACTURAS Y NC PAGO 1.PDF 01-MAIL-Anexos Respuestas Internas - No. 9-2026-056066 - NIS 2026-02-423129.pdf

---

De: grupoadmondocumentos@sena.edu.co <grupoadmondocumentos@sena.edu.co>
Enviado el: martes, 22 de septiembre de 2026 2:12 p. m.
Para: Clara Ines Aguilar Velasquez <ciaguilar@sena.edu.co>; Amparo Del Socorro Sierra Arcila <amsierra@sena.edu.co>
CC: Raul Emilio Olarte Vargas <reolarte@sena.edu.co>; Yeidy Alexandra Chumbe Caro <yachumbe@sena.edu.co>; Veronica Marin Jaramillo <vmarinj@sena.edu.co>; Sandra Ines Molina Gomez <simolinag@sena.edu.co>; Yirley Vivianna Osorio Tobon <yiosoriot@sena.edu.co>; Eliana Osorio Aguirre <elosorio@sena.edu.co>; Adriana Maria Gonzalez Melguizo <amgonzalezm@sena.edu.co>; Felix Hernando Gomez Ramirez <felgomez@sena.edu.co>
Asunto: CPE No. 05-9-2026-056066 - SOLICITUD DE PAGO # 1 OXISALUD

Apreciado(a) * CLARA INES AGUILAR VELASQUEZ

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

Radicado	N.I.S.	Fecha
05-9-2026-056066	2026-02-423129	9/22/2026 2:11:10 PM

Asunto	Descripción del asunto
PAGO	SOLICITUD DE PAGO # 1 OXISALUD

5 - 1010

Medellín.

PARA: Coordinadora Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
DE: Director (E), Regional Antioquia

ASUNTO: Pago contrato No. CO1.PCCNTR.9437604 DE 2026, No. Facturas 8, notas de débito 0, notas de crédito 8, valor total $ 15.273.234,86, objeto del contrato 5_346: SUMINISTRAR DE FORMA PERIÓDICA E INTEGRAL OXÍGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INSTITUCIONAL Y POR EVENTO, EQUIPOS HOSPITALARIOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DESTINADOS AL CUIDADO DE LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL -SMA- DEL SENA REGIONAL ANTIOQUIA Y DE OTRAS REGIONALES DOMICILIADOS O VISITANTES QUE SE ENCUENTREN EN EL DEPARTAMENTO.

Como ordenador del gasto, autorizo el registro presupuestal del gasto, el registro de la obligación y el pago:

NOMBRE DE LA PERSONA JURÍDICA O NATURAL: OXISALUD S.A.S.
CEDULA O NIT: 811.013.645
TIPO DE DOCUMENTO CONTRACTUAL: Contrato No. CO1.PCCNTR.9437604 DE 2026
CONCEPTO DEL PAGO: Pago #1 OXISALUD S.A.S. - Servicio Médico Asistencial Regional Antioquia

Valor antes de IVA: $ 15.273.322,86
Valor del IVA: $0
Valor total notas crédito: $ -88
Valor total Notas Débito: $0
Valor total pago: $ 15.273.234,86

El pago debe realizarse teniendo en cuenta los datos en la siguiente tabla:

TABLA No. 1. Registro Presupuestal número 73326 de 2026

(VER TABLA EN ADJUNTO)

Cordialmente,

Raúl Emilio Olarte Vargas
Director (E) Regional Antioquia
Servicio Nacional de Aprendizaje - Sena

Atentamente,

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

Administracion Documentos
- Cuenta Servicio
grupoadmondocumentos@sena.edu.co

Este mensaje y cualquier archivo adjunto pueden contener información pública clasificada y/o reservada bajo custodia o propiedad del SENA, destinada exclusivamente a su(s) destinatario(s). Dicha información debe ser utilizada únicamente para la finalidad con la que fue enviada y en cumplimiento de la normativa aplicable.

Si usted no es el destinatario autorizado o ha recibido este mensaje por error, le solicitamos que omita su contenido, informe de inmediato al remitente por correo electrónico con copia a servicioalciudadano@sena.edu.co y elimine el mensaje. La retención, difusión, distribución o copia de este mensaje está prohibida y puede acarrear sanciones legales.

Para más información, consulte nuestras Políticas de Seguridad y Privacidad de la Información y las Políticas de Tratamiento para la Protección de Datos Personales, publicadas en el Portal Institucional del SENA, en la sección Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Felix Hernando Gomez Ramirez
Regional Antioquia - Profesional G10
felgomez@sena.edu.co
PBX:+(57) 601 5461500
Calle 51 # 57-70

Este mensaje y cualquier archivo adjunto pueden contener información pública clasificada y/o reservada bajo custodia o propiedad del SENA, destinada exclusivamente a su(s) destinatario(s). Dicha información debe ser utilizada únicamente para la finalidad con la que fue enviada y en cumplimiento de la normativa aplicable.

Si usted no es el destinatario autorizado o ha recibido este mensaje por error, le solicitamos que omita su contenido, informe de inmediato al remitente por correo electrónico con copia a servicioalciudadano@sena.edu.co y elimine el mensaje. La retención, difusión, distribución o copia de este mensaje está prohibida y puede acarrear sanciones legales.

Para más información, consulte nuestras Políticas de Seguridad y Privacidad de la Información y las Políticas de Tratamiento para la Protección de Datos Personales, publicadas en el Portal Institucional del SENA, en la sección Transparencia y Acceso a la Información Pública.

PARA: Coordinadora Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
DE: Director (E), Regional Antioquia

ASUNTO: Pago contrato No. **CO1.PCCNTR.9437604 DE 2026**, No. Facturas **8**, notas débito 0, notas crédito 8, Valor total **$ 15.273.234,86 objeto** del contrato **5_346 SUMINISTRAR DE FORMA PERIÓDICA E INTEGRAL OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INSTITUCIONAL Y POR EVENTO, EQUIPOS HOSPITALARIOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DESTINADOS AL CUIDADO DE LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL -SMA- DEL SENA REGIONAL ANTIOQUIA Y DE OTRAS REGIONALES DOMICILIADOS O VISITANTES QUE SE ENCUENTREN EN EL DEPARTAMENTO.**

Como ordenador del Gasto **Autorizo el registro presupuestal del gasto, el registro de la obligación y el pago**:

NOMBRE DE LA PERSONA JURIDICA O NATURAL: OXISALUD S.A.S
CEDULA O NIT: 811.013.645
TIPO DE DOCUMENTO CONTRACTUAL Contrato No.CO1.PCCNTR.9437604 DE 2026
CONCEPTO DEL PAGO: Pago #1 OXISALUD S.A.S.- Servicio Médico Asistencial Regional Antioquia

Valor antes de IVA	**$ 15.273.322,86**
Valor del IVA	**$ 0**
Valor Total Notas Crédito	**$ -88**
Valor total Notas Debito	**$ 0**
Valor total Pago	**$ 15.273.234,86**

El pago debe realizarse teniendo en cuenta los datos en la siguiente tabla:

TABLA No. 1 Registro Presupuestal número 73326 de 2026

Dependencia	Posición del Gasto	Fuente	Recurso	Situación	PAC
101000 DESPACHO DIRECCION	C-3603-1300-20-20305C-3603025-03 TRANSF. CTES. - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL	NACION	10	CSF	30.000.000,00
Total					**15.273.234,86**

Nota 1: La información para el diligenciamiento de la tabla anterior la encuentra en el Registro Presupuestal de Compromiso.

USO PRESUPUESTAL a aplicar A-03-04-02-021

El giro de los recursos debe realizarse a la cuenta **N.º 01201137711 Ahorros** del **Bancolombia** a nombre de **OXISALUD S.A.S., NIT 811.013.645.**

EL SUPERVISOR DE CONTRATO

CERTIFICA

Que de conformidad con el Contrato de Prestación de Servicios No. CO1.PCCNTR.9437604 de 09 de abril de 2026 con número de certificado de registro presupuestal SIIF73326 de fecha 10 de abril de 2026 suscrito con OXISALUD S.A.S identificado con NIT No. 811.013.645, cuyo objeto es 5_346 SUMINISTRAR DE FORMA PERIÓDICA E INTEGRAL OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INSTITUCIONAL Y POR EVENTO, EQUIPOS HOSPITALARIOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DESTINADOS AL CUIDADO DE LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL -SMA- DEL SENA REGIONAL ANTIOQUIA Y DE OTRAS REGIONALES DOMICILIADOS O VISITANTES QUE SE ENCUENTREN EN EL DEPARTAMENTO., a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA Regional Antioquia, durante el período comprendido entre el 21 de abril de 2026 al 31 de agosto de 2026, por un valor Quince millones doscientos setenta y tres mil doscientos treinta y cuatro pesos con ochenta y seis centavos ($ 15.273.234,86) M/Cte. Realizó a satisfacción los servicios objeto del contrato. Igualmente, el mencionado contratista ha cumplido con los pagos de los aportes en salud, pensión y aportes parafiscales.

Se expide en Medellín, a los 22 días del mes de septiembre de 2026.

FACTURA	FECHA	VALOR
OXIG439	25/06/2026	1.053.396,52
OXIG440	30/06/2026	3.639.291,63
OXIG546	10/09/2026	3.313.640,79
FREH219	9/07/2026	106.369,34
NCOO0024	21/07/2026	- 2,00
NCRO0035	21/07/2026	- 8,00
NCRO0036	21/07/2026	- 8,00
NCRO0037	21/07/2026	- 47,00
OXIG506	19/08/2026	3.183.893,79
FREH246	18/09/2026	279.569,42
NCOO0027	24/08/2026	- 6,00
NCRO0041	24/08/2026	- 8,00
OXIG552	15/09/2026	3.452.718,36
FREH266	15/09/2026	244.443,01

NCOO0030	21/09/2026	- 2,00
NCOO0031	21/09/2026	- 7,00
TOTAL		15.273.234,86

FELIX HERNANDO GOMEZ RAMIREZ

COORDINADOR SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Liquidó: Angélica Maria Molina Muñoz - Técnico Administrativo SMA SENA – Regional Antioquia

Revisó: Luis Germán Henao Maya - Auditor Médico SMA SENA – Regional Antioquia

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública	**X**	Pública Clasificada		Pública Reservada	

INFORME DE SUPERVISIÓN – CONTRATOS DE BIENES Y SERVICIOS
CONTRATO NRO. CO1.PCCNTR.9437604 DE 2026

1. ASPECTOS GENERALES

CONTRATANTE	DIRECCIÓN REGIONAL ANTIOQUIA
CONTRATO NRO.	CO1.PCCNTR.9437604 DE 2026
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	09 DE ABRIL DE 2026
OBJETO	5_346 SUMINISTRAR DE FORMA PERIÓDICA E INTEGRAL OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INSTITUCIONAL Y POR EVENTO, EQUIPOS HOSPITALARIOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DESTINADOS AL CUIDADO DE LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL -SMA- DEL SENA REGIONAL ANTIOQUIA Y DE OTRAS REGIONALES DOMICILIADOS O VISITANTES QUE SE ENCUENTREN EN EL DEPARTAMENTO.
CONTRATISTA	OXISALUD S.A.S
CC o NIT	811.013.645
LUGAR DE EJECUCIÓN	EL LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SERÁ EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA, PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES LA CIUDAD DE MEDELLÍN.
FECHA DE INICIO	21 DE ABRIL DE 2026
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SE FIJA EN 10 MESES SIN EXCEDER EL 31 DE DICIEMBRE DE 2026 O HASTA AGOTAR EL MONTO DEL PRESUPUESTO DISPONIBLE. EL PLAZO SE CONTABILIZARÁ A PARTIR DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO.
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	TREINTA MILLONES DE PESOS ($30.000.000)
PRÓRROGA NRO.	N/A
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2026 O HASTA AGOTAR EL MONTO DEL PRESUPUESTO DISPONIBLE.
ADICIÓN NRO.	N/A
VALOR ACTUAL DEL CONTRATO	$30.000.000
FORMA DE PAGO	EL CONTRATO SE PAGARÁ DE LA SIGUIENTE FORMA: EL VALOR DEL CONTRATO SERÁ CANCELADO MEDIANTE PAGOS, PARCIALES SEGÚN LO FACTURADO POR EL CONTRATISTA DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES Y PREVIA PRESENTACIÓN DE LA CORRESPONDIENTE FACTURA CON EL LLENO DE LOS REQUISITOS ADMINISTRATIVOS Y FISCALES EXIGIDOS POR LA LEY Y LA ENTIDAD, LA CERTIFICACIÓN DE PAGO DE LOS APORTES PARAFISCALES, ESTO EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY 789 DE 2002 Y DEL ARTÍCULO 23 DE LA LEY 1150 DE 2007, Y LA

	CERTIFICACIÓN DE RECIBO A SATISFACCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO EMITIDA POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, ESTE DESEMBOLSO ESTARÁ SUJETO, SIN EMBARGO, A LA DISPONIBILIDAD DE PAC. SI LAS FACTURAS NO HAN SIDO BIEN ELABORADAS O NO SE ACOMPAÑAN DE LOS DOCUMENTOS QUE LAS RESPALDEN, LOS TÉRMINOS ANTERIORES SOLO EMPEZARÁN A CONTARSE DESDE LA FECHA EN QUE QUEDE CORREGIDA LA CUENTA O FACTURA O DESDE AQUELLA EN QUE SE HAYA APORTADO EL ÚLTIMO DE LOS DOCUMENTOS. // TODAS LAS DEMORAS QUE SE PRESENTEN POR ESTOS CONCEPTOS SERÁN DE RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR, QUIEN NO TENDRÁ POR ELLO DERECHO AL PAGO DE INTERESES O COMPENSACIÓN DE NINGUNA NATURALEZA. LA FACTURACIÓN DEBERÁ SER PRESENTADA ELECTRÓNICAMENTE Y DEBIDAMENTE VALIDADA POR LA DIAN, COMO REQUISITO NECESARIO PARA EL PAGO DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS; LO ANTERIOR EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 358 DEL 5 DE MARZO DE 2020 “POR EL CUAL SE REGLAMENTAN LOS ARTÍCULOS 511,615,616-1,616-2,616-4,617,618, 618-2 Y 771-2 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO, 26 DE LA LEY 962 DE 2005 Y 183 DE LA LEY 1607 DE 2012 Y SE SUSTITUYE EL CAPÍTULO 4 DEL TÍTULO 1 DE LA PARTE 6 DEL LIBRO 1 DEL DECRETO 1625 DE 2016 ÚNICO REGLAMENTARIO EN MATERIA TRIBUTARIA” Y LA RESOLUCIÓN 000042 DEL 5 DE MAYO DE 2020 “POR LA CUAL SE DESARROLLAN LOS SISTEMAS DE FACTURACIÓN, LOS PROVEEDORES TECNOLÓGICOS, EL REGISTRO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA COMO TÍTULO VALOR, SE EXPIDE EL ANEXO TÉCNICO DE FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE SISTEMAS DE FACTURACIÓN”. ASÍ MISMO, LA FACTURACIÓN DEBERÁ CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR NO. 3-2024-000019 DEL 25 DE ENERO DE 2024 SOBRE LOS NUEVOS LINEAMIENTOS Y REQUISITOS PARA LA RECEPCIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA PARA CONTRATISTAS Y PROVEEDORES EXPEDIDA POR LA DIRECCIÓN GENERAL DEL SENA. LAS FACTURAS DEBEN ESTAR CARGADAS EN LA PLATAFORMA SECOP II.
INFORME DE SUPERVISIÓN NRO.	1
PERIODO DEL INFORME	DESDE EL 21/04/2026 AL 31/08/2026

1.1. Garantías contractuales

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO	
ASEGURADORA	SEGUROS SURA
NRO. DE PÓLIZA	4488418
CERTIFICADO O ANEXO	17231924
FECHA EXPEDICIÓN	10/04/2026

FECHA APROBACIÓN	20/04/2026		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Cumplimiento	06/04/2026	30/04/2027	$6.000.000
Salarios y prestaciones sociales	06/04/2026	30/04/2029	$6.000.000
Calidad del servicio	06/04/2026	30/04/2027	$6.000.000

GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL			
ASEGURADORA	SEGUROS SURA		
NRO. DE PÓLIZA	013001065306		
CERTIFICADO O DE ANEXO	14238418		
FECHA EXPEDICIÓN	17/04/2026		
FECHA APROBACIÓN	20/04/2026		
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Responsabilidad civil extracontractual	06/04/2026	31/12/2026	$350.181.000

2. EJECUCIÓN CONTRACTUAL

OBLIGACIONES	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTO O EVIDENCIA
1. Garantizar a la totalidad de beneficiarios del SMA, que a la fecha hacen parte del Programa de Oxigenoterapia Domiciliaria, el suministro continuo, oportuno y de calidad de oxígeno suplementario domiciliario, además los dispositivos médicos, accesorios, recambio de descartables, reguladores, equipos hospitalarios y demás complementarios, previo cumplimiento del protocolo administrativo dispuesto, para el efecto, por la Coordinación del Servicio Médico Asistencial y	El contratista cumple con el suministro de oxígeno domiciliario y demás dispositivos médicos a los beneficiarios, durante el período comprendido entre 21/04/2026 AL 31/08/2026.	Ciento treinta y tres (133) órdenes de servicio generadas por el SMA, correspondientes a los meses de abril, mayo, junio, julio y agosto.

administrado por el supervisor del contrato.		
2.Garantizar,eventualmente, a aquellos beneficiarios del SMA internados en clínicas y hospitales, una vez dados de alta, el suministro oportuno y de calidad de oxígeno suplementario domiciliario, que por prescripción médica requiera, todos remitidos por médico tratante de la institución o médico asesor del SMA y autorizados por el médico auditor del SMA; además los dispositivos médicos, accesorios, recambio de descartables, reguladores, equipos hospitalarios y demás complementarios, previo cumplimiento del protocolo administrativo dispuesto, para el efecto, por la Coordinación del Servicio Médico Asistencial y administrado por el supervisor del contrato.	Se presentó un alta hospitalaria durante el presente periodo de facturación.	Que durante el presente periodo de facturación se le prestó los servicios de Oxigeno domiciliario a la beneficiaria Berta Oliva Gallego Noreña quien fue dada de alta de hospitalización.
3. Garantizar a los beneficiarios oxigeno dependientes del SMA la entrega de los aditamentos necesarios para el óptimo uso y funcionamiento del equipo de oxígeno suministrado, concentrador, cilindros de 4 m3 y 1,5 m3, tales como cánula nasal, máscaras y humidificador, desechables, etc. los cuáles serán reemplazados según necesidad, bajo criterio médico o del terapeuta respiratorio.	El contratista hizo entrega de generadores, cilindros, portátiles, cpap, bpap, necesarios para la prestación de los servicios contratados, previamente ordenamos por el SMA.	Soporte llamado ¨alquiler y venta de equipos pararehabilitacion ¨ firmado por el beneficiario o cuidador del beneficiario del servicio en el que consta los equipos entregados por OXISALUD.
4. Garantizar en todo momento de la ejecución contractual la implementación de los protocolos de bioseguridad.	El contratista garantizó el protocolo de bioseguridad según documento recibido llamado Plan de contingencia ante picos epidemiológicos.	Plan de contingencia ante picos epidemiológicos. Código: P-PRH-009 Versión: 02 Fecha: 02/05/24 de OXISALUD, remitido el 09/05/2024.

5. Capacitar al beneficiario y a su cuidador sobre el manejo de los equipos, con instrucciones claras y precisas, explicación detallada y estandarizada de los procesos y protocolos de manipulación y desinfección para asegurar el cumplimiento de las normas de bioseguridad, verificando su total comprensión, y entregar soporte de esta actividad al supervisor del contrato.	El contratista da instrucciones y explica el manejo de equipos a los beneficiarios.	Firma en formato llamado ¨alquiler y venta de equipos pararehabilitacion ¨ remitido por OXISALUD, cada formato contiene la descripción del equipo, recomendaciones sobre el uso del equipo, entre otras orientaciones.
6. Suministrar al beneficiario o a su cuidador un manual o folleto de seguridad, que lo instruya sobre el uso de gases medicinales, a fin de que se practique un adecuado manejo del oxígeno.	El contratista da instrucciones y explica el manejo de gases medicinales a los beneficiarios.	Firma en formato llamado ¨alquiler y venta de equipos pararehabilitacion ¨
7. Garantizar la cobertura del servicio del suministro continuo, oportuno y de calidad de oxígeno suplementario domiciliario, además los dispositivos médicos, accesorios, recambio de descartables, reguladores, equipos hospitalarios y demás complementarios, a los beneficiarios del SMA, a nivel departamental, independiente de la ubicación del domicilio, la dificultad de acceso y el tiempo de desplazamiento.	El contratista suministró oxígeno, dispositivos médicos y accesorios a los 31 beneficiarios del SMA que actualmente demandan los servicios ofertados por el prestador.	Ciento treinta y tres (133) órdenes de servicio generadas por el SMA, correspondientes a los meses de abril, mayo, junio, julio y agosto.
8. Garantizar el Ingreso, al Programa de Oxigenoterapia Domiciliaria, de nuevos pacientes domiciliados en Medellín y su área metropolitana o en otros municipios, previo diagnóstico del médico tratante, autorización del médico auditor	No aplica para el presente periodo de facturación toda vez que no hubo nuevos ingresos en el período objeto de facturación.	N/A

y protocolos administrativos del SMA del SENA Regional Antioquia.		
9. Garantizar el suministro de oxígeno las veinticuatro (24) horas del día y los siete (7) días a la semana, incluso ante cualquier imprevisto (falta de energía eléctrica, fallas o daño del concentrador, cilindro o cualquier otro inherente al funcionamiento del equipo o a sus aditamentos).	El contratista cumplió a cabalidad con los tiempos y el suministro de oxígeno a los beneficiarios desde el inicio del contrato, durante el período objeto de facturación	Ciento treinta y tres (133) órdenes de servicio generadas por el SMA, correspondientes a los meses de abril, mayo, junio, julio y agosto.
10. Suministrar los bienes y servicios objeto del contrato a celebrarse, de acuerdo a la información contenida en el numeral tres (3) de este documento.	El contratista suministró los bienes y servicios solicitados según la necesidad expresa en contrato.	Ordenes de servicio generadas firmadas por el beneficiario o su cuidador.
11. Garantizar la entregar de oxígeno suplementario, en un término no mayor a veinticuatro (24) horas, a los beneficiarios que por prescripción médica lo requieran y les sea autorizado en el domicilio.	Se alquila cilindro portátil adicional para la beneficiaria Maria Balmy Arcila de Clavijo, Bertha Olivia Gallego Noreña y Maria Teresa Velasquez de Monsalve	Ordenes de Servicio No. 2320 2510, 2489, 2501, 3438, 3413, 3424 y formatos de referencia y contrarreferencia.
12. Garantizar las recargas de los cilindros de oxígeno, como mínimo, dentro las veinticuatro (24) horas siguientes al reporte de la necesidad, por parte del supervisor del contrato.	Sin solicitud de recargas adicionales en el período objeto de facturación	N/A
13. Disponer, dentro de su planta de personal, de un terapeuta respiratorio, profesional de la salud, responsable del seguimiento, monitoreo y control del tratamiento y rehabilitación de los pacientes con enfermedades cardiorrespiratorias, con el nivel de conocimiento adecuado y preciso sobre los protocolos respecto de las prácticas	El contratista cuenta con un profesional en salud, terapeuta respiratorio con experiencia.	Hoja de Vida y certificados laborales de la terapeuta, soporte etapa previa del presente contrato.

enunciadas, técnicas de realización, limitaciones, indicaciones, utilidad clínica, así como de la lectura e interpretación de sus valores e informes. El mismo deberá informar o recomendar al paciente, cuidador, médico tratante y, en casos críticos, al SMA del SENA en el menor tiempo posible sobre anomalías encontradas como resultado de la valoración.		
14. Generar alternativas de solución que garanticen la continuidad del suministro de oxígeno al beneficiario, ante cualquier imprevisto, e informar, sobre el mismo al coordinador del SMA o al supervisor.	No se presentó imprevistos en el presente periodo de facturación.	N/A
15. Hacer entrega al supervisor del contrato, de la hoja de vida de los equipos disponible para el cumplimiento del Programa de Oxigenoterapia Domiciliaria, así como del cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo de los mismos.	En el presente período de facturación la persona de contacto asignada fue Ivan Natalia LondoñoLíder de Facturación.	Respuesta oportuna a los requerimientos de esta supervisión.
16. Informar al supervisor del contrato por escrito y de inmediato, cualquier eventualidad o anomalía sucedida sobre los equipos suministrados o con los beneficiarios que reciben el servicio y que tengan relación con el mismo.	El contratista remitió mediante correo electrónico fechado el 30/06/2026 certificados de calibración de dispositivos de flujo, manómetros, termohigrómetro, termómetros infrarrojos, mezcladores y analizadores de oxígeno, expedidas por MEBI metrología biométrica S.A. Todos los documentos fechados de la presente vigencia 2026.	Certificados de calibración.
17. Garantizar durante toda la ejecución contractual un funcionario, directa y exclusivamente, responsable de la administración del contrato, en la ejecución y cumplimiento	No se presenta anomalías o eventualidades en el presente periodo de facturación. El contratista designa los siguientes contactos:	Respuesta oportuna a los requerimientos de esta supervisión.

de las actividades y compromisos adquiridos por él con el SMA del SENA Regional Antioquia, que, en correlación permanente con el supervisor designado por el SENA para la ejecución, vigilancia y control del contrato, solucionen de manera ágil y oportuna eventos o inconvenientes que se presenten durante la vigencia del contrato.	-Facturación: Natalia Londoño -Administrativo: Olga Lugo	

2.1. Cumplimiento de obligaciones referentes al Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol – SIGA

Criterios ambientales: Frente al reporte del formulario RH1, en el cual se registra el tipo y cantidad de residuos, en peso y unidades, que entrega al gestor o receptor de residuos, para su aprovechamiento, tratamiento y/o disposición final, el contratista remitió lo correspondiente a los meses de abril, mayo, y junio, julio y agosto de 2026.

En cuanto a la obligación establecida en el Decreto 2676 del 2.000 por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares y el Decreto 351 de 2014, el contratista envió las certificaciones de tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos de los meses de abril, mayo, y junio, julio y agosto de las sedes contratadas, expedida por la empresa ASEI.

Todo lo anterior, fue remitido por Natalia Londoño <credito1@oxisalud.com.co> en correos fechado el 17/09/2026.

Certificado SST: El contratista aporta soporte expedido el 10/06/2026 de la aseguradora ARL SURA quien certifica que la empresa OXISALUD S.A.S. identificada con NIT 811013645 cuenta con Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo e indica como fecha de autoevaluación de su SG-SST en fecha 11/05/2026.

3. AVANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

FECHA DEL INFORME	No. DE FACTURA	VALOR FACTURADO	VALOR EJECUTADO	SALDO DEL CONTRATO	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA
22/09/2026	OXIG439	1.053.396,52	1.053.396,52	28.946.603,48	3,51
	OXIG440	3.639.291,63	4.692.688,15	25.307.311,85	15,64
	OXIG546	3.313.640,79	8.006.328,94	21.993.671,06	26,69
	FREH219	106.369,34	8.112.698,28	21.887.301,72	27,04
	NCOO0024	- 2,00	8.112.696,28	21.887.303,72	27,04

	NCRO0035	- 8,00	8.112.688,28	21.887.311,72	27,04
	NCRO0036	- 8,00	8.112.680,28	21.887.319,72	27,04
	NCRO0037	- 47,00	8.112.633,28	21.887.366,72	27,04
	OXIG506	3.183.893,79	11.296.527,07	18.703.472,93	37,66
	FREH246	279.569,42	11.576.096,49	18.423.903,51	38,59
	NCOO0027	- 6,00	11.576.090,49	18.423.909,51	38,59
	NCRO0041	- 8,00	11.576.082,49	18.423.917,51	38,59
	OXIG552	3.452.718,36	15.028.800,85	14.971.199,15	50,10
	FREH266	244.443,01	15.273.243,86	14.726.756,14	50,91
	NCOO0030	- 2,00	15.273.241,86	14.726.758,14	50,91
	NCOO0031	- 7,00	15.273.234,86	14.726.765,14	50,91
TOTAL, A PAGAR		$15.273.235			

4. RELACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

SALUD, PENSIÓN Y ARL	**Periodo reportado** AGOSTO	**Planilla nro.** 88109736 **del** 11/09/2026

El contratista anexó a las facturas del presente período la certificación de revisoría fiscal firmada a los 11 días del mes de septiembre de 2026 por KEILA MONTOYA BELTRÁN Revisor Fiscal, donde certifica que la firma OXISALUD S.A.S, con NIT 811.013.645-9, se encuentra al día en el pago de los aportes a la seguridad social y parafiscales. Aportó también la planilla de pago de seguridad social del mes de septiembre No. 88109736, operador Enlace operativo.

5. MULTAS Y SANCIONES

A la fecha de presentación del presente informe, se certifica como supervisor del contrato que no se han presentado multas, indemnizaciones, reintegros ni sanciones.

6. CERTIFICACION DE ANTECEDENTES DEL CONTRATISTA.

A la fecha de presentación del presente informe, realice la validación de los siguientes antecedentes del contratista:

- **Certificación de antecedentes fiscales**
- **Certificación de antecedentes penales**
- **Certificación de antecedentes disciplinarios**
- **Certificación de registro nacional de medidas correctivas**

7. JUSTIFICACIÓN PARA LA MODIFICACIÓN

No aplica

8. CERTIFICACIÓN

Con la firma del presente informe, en mi calidad de supervisor, previa revisión de los documentos en la plataforma SECOP II, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el contrato por parte del contratista y la plena autonomía en desarrollo de sus actividades durante el respectivo periodo. Con base en lo anterior, autorizo el pago conforme lo pactado contractualmente.

9. OBSERVACIONES

- Se verificaron los valores facturados por OXISALUD S.A.S, encontrando que están acordes con los valores ofertados y contratados según el contrato No. CO1.PCCNTR.9437604 del 09 de abril de 2026.

- A continuación, se relacionan los servicios prestados por el contratista durante este periodo de facturación y se deja constancia que adicional se publica documento denominado Relación de Servicios Prestados como anexo al presente informe de supervisión, en la plataforma SECOPII:

SERVICIO PRESTADO	CANTIDAD POR SERVICIO	VALOR TOTAL
ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTATIL 1.5 M3(PERMANENTE) CON CARRO TRANSPORTADOR	13	838.131,28
ALQUILER CAMA HOSPITALARIA MANUAL CON BARANDAS 3(TRES) NIVELES	2	138.543,64
BPAP SENCILLO	10	1.906.797,02
CPAP SENCILLO	47	6.189.406,66
EL REGULADOR AHORRADOR CONSERVADOR DE OXIGENO ES UN INSTRUMENTO QUE CUMPLEMENTA EL CILINDRO DE OXIGENO O BALA DE OXIGENO PORTATIL Y LE PERMITE AL PACIENTE ADMINISTRAR LA SALIDA DEL GAS CON EL FIN DE ECONOMIZAR ELCONSUMO DEL MISMO, YA QUE GRACIAS A SU TECNOLOGIA SOLO SE SUMINISTA OXIGENO CUANDO LA PERSONA INHALA, ES DECIR, REGULA EL OXIGENO POR PULSO.	5	294.220,36

MEDIA 15-20 A LA RODILLA TALLA M NEGRA	1	53.183,67
MEDIA 15-20 A LA RODILLA TALLA S ARENA	1	53.183,67
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.	1	49.890,00
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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	31	3.364.781,00
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	13	1.841.061,00
SERVICIO DE ALQUILER DE SUCCIONADOR ELECTRICO	2	66.820,88
CAMINADOR ORTOPEDICO PASO A PASO FIJO PLEGABLE EN ALUMINIO	1	114.376,00
MEDIAS COMPRESION GRADIENTE 15-20 MMHG HASTA LA RODILLA CON PUNTERA	4	212.738,68
SERVICIO ALQUILER SUCCIONADOR ELECTRICO	1	116.501,00
MUÑEQUERA FERULA PULGAR TALLA S/M	1	33.600,00
Total, general	**133**	**15.273.234,86**

- Para el presente período de facturación se remitió, mediante correos electrónicos del 21/07/2026 y 15/096/2026, glosas por valor de $88, la cual fue aceptada por el contratista. En consecuencia, este emitió las siguientes notas crédito: NCOO0024 por $ -2,00, NCRO0035 por $-8,00, NCRO0036 por $ -8,00, NCRO0037 por $-47,00, NCOO0027 por $-6,00, NCRO0041 por $-8,00, NCOO0030 por $-2,00, NCOO0031 por $-7,00, para un valor total de $ 88, correspondientes al ajuste del IVA.

- Desde la supervisión mediante correo y oficio radicado número CPE No. 05-9-2026-022618 INFORMACIÓN INICIO EJECUCIÓN CONTRACTUAL del 23/04/2026 enviado al correo de contacto designado JOSE.TORRES@OXISALUD.COM.CO mediante el cual se remitió base de datos de beneficiarios actualizados del Servicio Médico Asistencial del SENA Regional Antioquia, así como el modelo de carné que debe portar cada beneficiario para uso de los servicios ofertados a través del contratista, lineamientos de buenas prácticas de prescripción de medicamentos y la guía de acceso al sistema de facturación electrónica SIIF. Se adjunta correo de radicado SENA y oficio.

- Para este periodo de facturación el contratista radicó mediante correos electrónicos 08 facturas por valor total de $ 15.273.322,86 correspondiente a los servicios prestados entre 21/04/2026 AL 31/08/2026 (desde el inicio del contrato).

- El día 10/04/2026 desde la supervisión se realizó verificación de las pólizas que respaldan la ejecución del contrato No.CO1.PCCNTR.9437604 de 09 de abril de 2026 mediante la URL https://provalidarpoliza.azurewebsites.net/890903407/verify, pólizas 013001065306 (Responsabilidad civil extracontractual - en favor de entidades estatales) y la póliza 4488418 (Cumplimiento - entidades estatales decreto 1082), dicha verificación arrojó que las pólizas se encuentran vigentes. Se anexa al presente informe (2) folios que contienen la verificación.

- Desde la supervisión se realizó la consulta y verificación en las páginas de la Contraloría, Procuraduría y Policía Nacional de los antecedentes del representante legal del contratista (se adjunta copia de certificados), en los cuales no se encontró novedad alguna que reportar. Adicional, desde el área de Relaciones Corporativas e Internacionales se revisó el Sistema de Gestión Virtual de Aprendices SGVA con el fin de verificar el cumplimiento de la cuota regulada de aprendices; Se adjunta FORMATO ESTADO DE CUENTA donde se informa que OXISALUD S.A.S con NIT No. NIT 811.013.645-9, presenta cumplimiento con la cuota regulada de aprendices por el periodo comprendido del 1-jun.-2026 A 31-ago.-2026, según cuadro base de liquidación No. 202538 del 10 de septiembre de 2026.

Total, anexos al presente informe setecientos siete (707) folios: Certificados S.S., Certificados Contraloría, Procuraduría y Policía Nacional, correos ejecución contractual y copia de otros anexos relacionados, ordenes de atención y detalle de cargos a facturas.

Para constancia se firma el 22 de septiembre de 2026.

FELIX HERNANDO GOMEZ RAMIREZ Supervisor del contrato	**LUIS GERMÁN HENAO MAYA** Apoyo a la supervisión

Revisó: Felix Hernando Gomez Ramirez, Supervisor del contrato, Grupo Servicio Médico Asistencial SENA -Regional Antioquia

Elaboró: Angélica Ma. Molina M. Técnico Administrativo Grupo Servicio Médico Asistencial SENA – Regional Antioquia

CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Medellín, 11 de septiembre del 2026

Referencia: Certificación de Revisor Fiscal

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

CERTIFICO QUE

La Compañía ha cumplido por el mes de agosto del año 2026 y los últimos 3 meses con los aportes de sus empleados a los sistemas de Pensión, Salud, Riesgos Profesionales y Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y demás normas complementarias de todos sus empleados.

Esta certificación se expide a solicitud de la Administración y se firma en la ciudad de Medellín a los once (11) días del mes de septiembre del año 2026.

Atentamente,

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

Patient Subtotal:	**$ 43,250.00**

OXISALUD S.A.S.
TAX ID: **811013645-9**
CL 29 65 46
MEDELLÍN - Colombia
contabilidad@almaterapiaintegral.com

ELECTRONIC INVOICE
Operation: SS-SinAporte

OXIG439

Issue Date:	25/06/2026
Due Date:	24/07/2026
DIAN Validated:	25/06/2026

CUSTOMER / BUYER

Legal Name:	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
NIT / ID:	899999034-1
Address:	CL 57 8 69 MEDELLIN
Phone:	5461500
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co;felgomez@sena.edu.co

INVOICE INFORMATION

Payment Terms:	
Origin:	439
Contract:	

DELIVERY INFORMATION

Address:	CL 57 8 69 , MEDELLIN – Antioquia
Phone:	5461500

SALESPERSON / ISSUER

Salesperson:	NATALIA LONDOÑO
Provider Code:	050018501001
Payment Mode:	[04] Pago por evento
Coverage:	[01] Plan de beneficios en salud financiado con UPC
Period:	21/04/2026 - 30/04/2026
Collection Concept:	[05] NO APLICA

GRAPHIC REPRESENTATION - REQUIRED HEALTH SECTOR FIELDS

Provider Code:	050018501001	**Operation Type:**	SS-SinAporte - Factura por servicios sin ningún aporte del usuario
Health Invoice Type:	Aseguradora	**Contract Number:**	
Payment Mode:	[04] Pago por evento	**Coverage:**	[01] Plan de beneficios en salud financiado con UPC
Collection Concept:	[05] NO APLICA	**Policy Number:**	N/A
Authorization:		**Billed Period:**	21/04/2026 - 30/04/2026

BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA · CC - 21822509 · TYPE: Contributivo cotizante · Birth: 08/12/1948 · Gender: Mujer · Zone: Urbano

N°	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	AUTHORIZATION	TAX	TAX VALUE	SUBTOTAL
1	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Patient: **BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA** (ID: 21822509) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	9.00	$ 4,989.00	2332	0%	$ 0.00	$ 44,901.00
					Patient Subtotal:		**$ 44,901.00**

MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO · CC - 21362649 · TYPE: Contributivo cotizante · Birth: 01/01/1970 · Gender: Mujer · Zone: Urbano

N°	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	AUTHORIZATION	TAX	TAX VALUE	SUBTOTAL
2	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Patient: **MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO** (ID: 21362649) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	10.00	$ 4,989.00	2322	0%	$ 0.00	$ 49,890.00
3	CILINDRO PORTATIL ALQUILER Patient: **MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO** (ID: 21362649) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	10.00	$ 1,904.00	2320	19%	$ 3,617.60	$ 19,040.00
4	ALQUILER REGULADOR AHORRADOR DE OXIGENO Patient: **MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO** (ID: 21362649) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	10.00	$ 1,902.00	2324	19%	$ 3,613.80	$ 19,020.00
					Patient Subtotal:		**$ 87,950.00**

BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA · CC - 42968866 · TYPE: Contributivo cotizante · Birth: 31/12/1969 · Gender: Mujer · Zone: Urbano

N°	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	AUTHORIZATION	TAX	TAX VALUE	SUBTOTAL
5	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Patient: **BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA** (ID: 42968866) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	10.00	$ 4,325.00	2288	0%	$ 0.00	$ 43,250.00
					Patient Subtotal:		**$ 43,250.00**

CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO · CC - 610703 · TYPE: Contributivo cotizante · Birth: 20/01/1957 · Gender: Hombre · Zone: Urbano

N°	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	AUTHORIZATION	TAX	TAX VALUE	SUBTOTAL
6	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Patient: **CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO** (ID: 610703) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	10.00	$ 4,325.00	2290	0%	$ 0.00	$ 43,250.00
					Patient Subtotal:		**$ 43,250.00**

ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ · CC - 32460218 · TYPE: Contributivo cotizante · Birth: 17/05/1943 · Gender: Mujer · Zone: Urbano

N°	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	AUTHORIZATION	TAX	TAX VALUE	SUBTOTAL
7	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Patient: **ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ** (ID: 32460218) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	10.00	$ 4,325.00	2299	0%	$ 0.00	$ 43,250.00
8	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Patient: **ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ** (ID: 32460218) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	10.00	$ 4,267.00	2302	19%	$ 8,107.30	$ 42,670.00
					Patient Subtotal:		**$ 85,920.00**

JOSEFINA CLAVIJO DE BARRAGAN · CC - 26523078 · TYPE: Contributivo cotizante · Birth: 31/12/1969 · Gender: Mujer · Zone: Urbano

Signature Stamp: ou3IlAMgB7CUhsXRTJWa74scOHFSuhsPBO9y5+QP2zJPv7t3AZKQ3orlT7n981Btd6IoGCeEVYKybSCrt9cynoK8JEXZuxb2tCSgBx2hOpR7q4ndv5H4/MWqjTCL47iO8lmkM1JFDA8g/UO3VIDFE6NaoNBlZfl7wgHg7F2Tpn7cUzGp9OYDXWl/jmbkovtqmRRGf2lg2GsbI5GYNyU5Y5PUx9cuY7qb1K0oIzdrLxckWMkphCrrAAxmFLrzpsm6jVbk2wDtZS1BtmETxs4iG1XZcop3dtWGz0PPk97JNJH2KLPgEupAfh2h13e90tt74nPNfDeJI6ODRqJ3ffOYwg==
Created by: **NATALIA LONDOÑO**

N°	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	AUTHORIZATION	TAX	TAX VALUE	SUBTOTAL
9	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Patient: **LUZ ESTELLA GIL PEÑA** (ID: 32467499) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	10.00	$ 4,325.00	2304	0%	$ 0.00	$ 43,250.00
						Patient Subtotal:	**$ 43,250.00**

LUZ ESTELLA GIL PEÑA · CC - 32467499 · TYPE: Contributivo cotizante · Birth: 07/11/1950 · Gender: Mujer · Zone: Urbano

N°	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	AUTHORIZATION	TAX	TAX VALUE	SUBTOTAL
10	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Patient: **LUZ ESTELLA GIL PEÑA** (ID: 32467499) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	10.00	$ 4,325.00	2316	0%	$ 0.00	$ 43,250.00
						Patient Subtotal:	**$ 43,250.00**

LUZ MILA HENAO DE CARDONA · CC - 21352568 · TYPE: Contributivo cotizante · Birth: 12/10/1931 · Gender: Mujer · Zone: Urbano

N°	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	AUTHORIZATION	TAX	TAX VALUE	SUBTOTAL
11	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Patient: **LUZ MILA HENAO DE CARDONA** (ID: 21352568) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	8.00	$ 4,325.00	2355	0%	$ 0.00	$ 34,600.00
12	ALQUILER CAMA MANUAL CON BARANDAS Patient: **LUZ MILA HENAO DE CARDONA** (ID: 21352568) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	8.00	$ 3,065.00	2356	19%	$ 4,658.80	$ 24,520.00
						Patient Subtotal:	**$ 59,120.00**

MARIA LADY LOPEZ VANEGAS · CC - 21363624 · TYPE: Contributivo cotizante · Birth: 27/02/1941 · Gender: Mujer · Zone: Urbano

N°	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	AUTHORIZATION	TAX	TAX VALUE	SUBTOTAL
13	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Patient: **MARIA LADY LOPEZ VANEGAS** (ID: 21363624) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	10.00	$ 4,325.00	2344	0%	$ 0.00	$ 43,250.00
						Patient Subtotal:	**$ 43,250.00**

ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ · CC - 656957 · TYPE: Contributivo cotizante · Birth: 31/12/1969 · Gender: Hombre · Zone: Urbano

N°	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	AUTHORIZATION	TAX	TAX VALUE	SUBTOTAL
14	ALQUILER BPAP AUTOMATICO Patient: **ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ** (ID: 656957) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	8.00	$ 6,211.00	2286	19%	$ 9,440.72	$ 49,688.00
						Patient Subtotal:	**$ 49,688.00**

ANDRES VARGAS ALVAREZ · CC - 8125032 · TYPE: Contributivo beneficiario · Birth: 14/09/1974 · Gender: Hombre · Zone: Urbano

N°	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	AUTHORIZATION	TAX	TAX VALUE	SUBTOTAL
15	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Patient: **ANDRES VARGAS ALVAREZ** (ID: 8125032) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	10.00	$ 4,267.00	2287	19%	$ 8,107.30	$ 42,670.00
						Patient Subtotal:	**$ 42,670.00**

MARILUZ MORENO DE BEDOYA · CC - 20181495 · TYPE: Contributivo cotizante · Birth: 31/12/1959 · Gender: Mujer · Zone: Urbano

N°	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	AUTHORIZATION	TAX	TAX VALUE	SUBTOTAL
16	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Patient: **MARILUZ MORENO DE BEDOYA** (ID: 20181495) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	10.00	$ 4,267.00	2340	19%	$ 8,107.30	$ 42,670.00
						Patient Subtotal:	**$ 42,670.00**

NOELIA DEL SOCORRO GALVIS DE VASCO · CC - 22129512 · TYPE: Contributivo cotizante · Birth: 31/12/1960 · Gender: Mujer · Zone: Urbano

N°	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	AUTHORIZATION	TAX	TAX VALUE	SUBTOTAL
17	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Patient: **NOELIA DEL SOCORRO GALVIS DE VASCO** (ID: 22129512) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	10.00	$ 4,267.00	2341	19%	$ 8,107.30	$ 42,670.00
						Patient Subtotal:	**$ 42,670.00**

NORA ELENA PEÑA QUINTERO · CC - 32285102 · TYPE: Contributivo cotizante · Birth: 29/12/1959 · Gender: Mujer · Zone: Urbano

N°	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	AUTHORIZATION	TAX	TAX VALUE	SUBTOTAL
18	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Patient: **NORA ELENA PEÑA QUINTERO** (ID: 32285102) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	10.00	$ 4,267.00	2343	19%	$ 8,107.30	$ 42,670.00
						Patient Subtotal:	**$ 42,670.00**

ALBA LUCIA ISAZA DE ZULUAGA · CC - 32313686 · TYPE: Contributivo cotizante · Birth: 21/05/1957 · Gender: Mujer · Zone: Urbano

N°	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	AUTHORIZATION	TAX	TAX VALUE	SUBTOTAL
19	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Patient: **ALBA LUCIA ISAZA DE ZULUAGA** (ID: 32313686) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	10.00	$ 4,267.00	2289	19%	$ 8,107.30	$ 42,670.00
						Patient Subtotal:	**$ 42,670.00**

CLARA OFELIA ZULUAGA DE POSADA · CC - 32345277 · TYPE: Contributivo cotizante · Birth: 31/12/1969 · Gender: Mujer · Zone: Urbano

Signature Stamp: ou3IlAMgB7CUhsXRTJWa74scOHFSuhsPBO9y5+QP2zJPv7t3AZKQ3orlT7n981Btd6IoGCeEVYKybSCrt9cynoK8JEXZuxb2tCSgBx2hOpR7q4ndv5H4/MWqjTCL47iO8lmkM1JFDA8g/UO3VIDFE6NaoNBIZfl7wgHg7F2Tpn7cUzGp9OYDXWl/jmbkovtqmRRGf2lg2GsbI5GYNyU5Y5PUx9cuY7qb1K0oIzdrLxckWMkphCrrAAxmFLrzpsm6jVbk2wDtZS1BtmETxs4iG1XZcop3dtWGz0PPk97JNJH2KLPgEupAfh2h13e90tt74nPNfDeJI6ODRqJ3ffOYwg==

N°	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	AUTHORIZATION	TAX	TAX VALUE	SUBTOTAL
20	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Patient: **CLARA OPELIA ZULUAGA DE POSADA** (ID: 32343277) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	10.00	$ 4,267.00	2292	19%	$ 8,107.30	$ 42,670.00
						Patient Subtotal:	**$ 42,670.00**

MARIA CRISTINA CARDONA · CC - 32439844 · TYPE: Contributivo cotizante · Birth: 23/08/1948 · Gender: Mujer · Zone: Urbano

N°	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	AUTHORIZATION	TAX	TAX VALUE	SUBTOTAL
21	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Patient: **MARIA CRISTINA CARDONA** (ID: 32439844) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	10.00	$ 4,267.00	2333	19%	$ 8,107.30	$ 42,670.00
						Patient Subtotal:	**$ 42,670.00**

CRISTINA ZULETA URIBE · CC - 43973139 · TYPE: Contributivo cotizante · Birth: 31/12/1969 · Gender: Mujer · Zone: Urbano

N°	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	AUTHORIZATION	TAX	TAX VALUE	SUBTOTAL
22	ALQUILER BPAP AUTOMATICO Patient: **CRISTINA ZULETA URIBE** (ID: 43973139) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	10.00	$ 6,211.00	2296	19%	$ 11,800.90	$ 62,110.00
						Patient Subtotal:	**$ 62,110.00**

LUISA FERNANDA CASTAÑO LONDOÑO · CC - 1152700276 · TYPE: Contributivo cotizante · Birth: 31/08/1995 · Gender: Mujer · Zone: Urbano

N°	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	AUTHORIZATION	TAX	TAX VALUE	SUBTOTAL
23	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Patient: **LUISA FERNANDA CASTAÑO LONDOÑO** (ID: 1152700276) Period: 21/04/2026 - 30/04/2026	10.00	$ 4,267.00	2312	19%	$ 8,107.30	$ 42,670.00
						Patient Subtotal:	**$ 42,670.00**

OBSERVATIONS

36-02-00-005-000000;CO1.PCCNTR.9437604

BANK INFORMATION

DIAN Authorization: 18764098886950 | **From:** 19/09/2025 - 19/09/2027 | **Range:** OXIG1 - OXIG10000

CUFE: 804f355f5a2184c12ff547fdb1466d6b285f146adcfaedb3c7d2239f56a634b68dee8b1f5909e23f100420b2553dce7d

Untaxed Amount	$ 947,299.00
IVA 0%	$ 0.00
19%	$ 106,097.52
INVOICE TOTAL	**$ 1,053,396.52**

Amount in words: *One Million, Fifty-Three Thousand, Three Hundred And Ninety-Six Peso and Fifty-Two Centavos*

LUIS GERMAN HENAO MAYA
Reg: 5-0127-97
C.C. 71.713.964
M. de A.

Received By Signature

21/07/2026
GLOSA POR TARIFA
-$ 47
AJUSTE IVA

Prepared By Signature

Graphic representation of the electronic invoice

In-house Software
OXISALUD S.A.S. - 811013645-9

Signature Stamp: ou3IIAMgB7CUhsXRTJWa74scOHFSuhsPBO9y5+QP2zJPv7t3AZKQ3orlT7n981Btd6IoGCeEVYKybSCrt9cynoK8JEXZuxb2tCSgBx2hOpR7q4ndv5H4/MWqjTCL47iO8lmkM1JFDA8g/UO3VIDFE6NaoNBIZfl7wgHg7F2Tpn7cUzGp9OYDXWl/jmbkovtqmRRGf2lg2GsbI5GYNyU5Y5PUx9cuY7qb1K0oIzdrLxckWMkphCrrAAxmFLrzpsm6jVbk2wDtZS1BtmETxs4iG1XZcop3dtWGz0PPk97JNJH2KLPgEupAfh2h13e90tt74nPNfDeJI6ODRqJ3ffOYwg==

OXISALUD S.A.S.
NIT: **811013645-9**
CL 29 65 46
MEDELLÍN - Colombia
contabilidad@almaterapiaintegral.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
Op: SS-SinAporte

OXIG440

Fecha Emisión:	30/06/2026
Vencimiento:	29/07/2026
Validado DIAN:	14/07/2026

CLIENTE / ADQUIRIENTE

Razón Social:	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
NIT / ID:	899999034-1
Dirección:	CL 57 8 69 MEDELLÍN
Teléfono:	5461500
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co;felgomez@sena.edu.co

INFORMACIÓN DE LA FACTURA

Forma de Pago:	
Origen:	440
Contrato:	CO1.PCCNTR.9437604

INFORMACIÓN DE ENTREGA

Dirección:	CL 57 8 69 , MEDELLÍN – Antioquia
Teléfono:	5461500

VENDEDOR / EMISOR

Vendedor:	NATALIA LONDOÑO
Cód. Prestador:	050018501001
Modalidad:	[04] Pago por evento
Cobertura:	[02] Presupuesto máximo
Período:	01/05/2026 - 31/05/2026
Concepto:	[05] NO APLICA

REPRESENTACION GRAFICA - CAMPOS OBLIGATORIOS SECTOR SALUD

Código Prestador:	050018501001	**Tipo Operación:**	SS-SinAporte - Factura por servicios sin ningún aporte del usuario
Tipo Factura Salud:	Aseguradora	**Número Contrato:**	CO1.PCCNTR.9437604
Modalidad Pago:	[04] Pago por evento	**Cobertura:**	[02] Presupuesto máximo
Concepto Recaudo:	[05] NO APLICA	**Número Póliza:**	N/A
Autorización:		**Período Facturado:**	01/05/2026 - 31/05/2026

BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA · CC - 21822509 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 08/12/1948 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
1	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA** (ID: 21822509) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 149.680,00	2509	0%	$ 0,00	$ 149.680,00
2	CILINDRO PORTATIL ALQUILER Paciente: **BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA** (ID: 21822509) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 57.106,00	2510	19%	$ 10.850,14	$ 57.106,00
						Subtotal Paciente:	**$ 206.786,00**

MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO · CC - 21362649 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 01/01/1970 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
3	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO** (ID: 21362649) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 149.680,00	2491	0%	$ 0,00	$ 149.680,00
4	CILINDRO PORTATIL ALQUILER Paciente: **MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO** (ID: 21362649) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 57.106,00	2489	19%	$ 10.850,14	$ 57.106,00
5	ALQUILER REGULADOR AHORRADOR DE OXIGENO Paciente: **MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO** (ID: 21362649) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 57.056,00	2493	19%	$ 10.840,64	$ 57.056,00
						Subtotal Paciente:	**$ 263.842,00**

MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE · CC - 21859157 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 01/01/1946 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
6	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE** (ID: 21859157) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 149.680,00	2500	0%	$ 0,00	$ 149.680,00
7	CILINDRO PORTATIL ALQUILER Paciente: **MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE** (ID: 21859157) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 57.106,00	2501	19%	$ 10.850,14	$ 57.106,00
						Subtotal Paciente:	**$ 206.786,00**

BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA · CC - 42968866 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1969 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
8	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA** (ID: 42968866) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 129.747,00	2470	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
						Subtotal Paciente:	**$ 129.747,00**

CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO · CC - 610703 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 20/01/1957 · Sexo: Hombre · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
9	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO** (ID: 610703) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 129.747,00	2472	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
						Subtotal Paciente:	**$ 129.747,00**

ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ · CC - 32460218 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 17/05/1943 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

Sello de Firma:k86nAZect/i88ZH6KBUZK2+upJjm3CRyWLSMw7TSPjJsnMGYbkVg2MOpwhXFVvIv3oWa+F/QscyHnw2PSUNDKamSOoGpsCAKydOreQtATGIAM22rp67QLhiYqATzcgBSWcBkRac9Dy4VVOXHtqBaHjJVow2lMpAceMIbyJSWWjdpYykDUe3jEAuIKX
LasURmiHTuVBqJ0YQUPZ9jjC7Wsjf8SitI/NCgwu9xF9QEnJ95Vwz1mEy7Mi/GRVMf7AJDHYvMyqBlsnktH3roT3afhW3hq8M37Ed96LVNiTEcC6mrto4lyXG6/41WrkP/YvxjWiyg+upRtgawkVdGWGfTQg==

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
10	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ** (ID: 32460218) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 129.747,00	2480	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
11	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ** (ID: 32460218) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 128.003,00	2482	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 257.750,00**

JOSEFINA CLAVIJO DE BARRAGAN · CC - 26523078 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1969 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
12	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **JOSEFINA CLAVIJO DE BARRAGAN** (ID: 26523078) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 129.747,00	2483	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
						Subtotal Paciente:	**$ 129.747,00**

LUZ ESTELLA GIL PEÑA · CC - 32467499 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 07/11/1950 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
13	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **LUZ ESTELLA GIL PEÑA** (ID: 32467499) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 129.747,00	2488	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
						Subtotal Paciente:	**$ 129.747,00**

LUZ MILA HENAO DE CARDONA · CC - 21352568 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 12/10/1931 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
14	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **LUZ MILA HENAO DE CARDONA** (ID: 21352568) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	20,00	$ 4.325,00	2507	0%	$ 0,00	$ 86.500,00
15	ALQUILER CAMA MANUAL CON BARANDAS Paciente: **LUZ MILA HENAO DE CARDONA** (ID: 21352568) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 91.936,00	2508	19%	$ 17.467,84	$ 91.936,00
						Subtotal Paciente:	**$ 178.436,00**

MARIA LUCILA DUQUE DE CARDONA · CC - 22049359 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1959 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
16	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **MARIA LUCILA DUQUE DE CARDONA** (ID: 22049359) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 129.747,00	2497	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
						Subtotal Paciente:	**$ 129.747,00**

MARIA LADY LOPEZ VANEGAS · CC - 21363624 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 27/02/1941 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
17	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **MARIA LADY LOPEZ VANEGAS** (ID: 21363624) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 129.747,00	2506	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
						Subtotal Paciente:	**$ 129.747,00**

ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ · CC - 656957 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1969 · Sexo: Hombre · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
18	ALQUILER BPAP AUTOMATICO Paciente: **ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ** (ID: 656957) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 186.320,00	2464	19%	$ 35.400,80	$ 186.320,00
						Subtotal Paciente:	**$ 186.320,00**

ANDRES VARGAS ALVAREZ · CC - 8125032 · TIPO: Contributivo beneficiario · Nac: 14/09/1974 · Sexo: Hombre · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
19	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **ANDRES VARGAS ALVAREZ** (ID: 8125032) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 128.003,00	2467	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

MARILUZ MORENO DE BEDOYA · CC - 20181495 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1959 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
20	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **MARILUZ MORENO DE BEDOYA** (ID: 20181495) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 128.003,00	2502	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

NOELIA DEL SOCORRO GALVIS DE VASCO · CC - 22129512 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1960 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
21	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **NOELIA DEL SOCORRO GALVIS DE VASCO** (ID: 22129512) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 128.003,00	2503	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

Sello de Firma:k86nAZect/i88ZH6KBUZK2+upJjm3CRyWLSMw7TSPjJsnMGYbkVg2MOpwhXFVvIv3oWa+F/QscyHnw2PSUNDKamSOoGpsCAKydOreQtATGIAM22rp67QLhiYqATzcgBSWcBkRac9Dy4VVOXHtqBaHjJVow2lMpAceMIbyJSWWjdpYykDUe3jEAuIKX
LasURmiHTuVBqJ0YQUPZ9jjC7Wsjf8SitI/NCgwu9xF9QEnJ95Vwz1mEy7Mi/GRVMf7AJDHYvMyqBlsnktH3roT3afhW3hq8M37Ed96LVNiTEcC6mrto4lyXG6/41WrkP/YvxjWiyg+upRtgawkVdGWGfTQg==

NORA ELENA PEÑA QUINTERO · CC - 32285102 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 29/12/1959 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
22	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **NORA ELENA PEÑA QUINTERO** (ID: 32285102) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 128.003,00	2505	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

ALBA LUCIA ISAZA DE ZULUAGA · CC - 32313686 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 21/05/1957 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
23	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **ALBA LUCIA ISAZA DE ZULUAGA** (ID: 32313686) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 128.003,00	2463	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

CLARA OFELIA ZULUAGA DE POSADA · CC - 32345277 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1969 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
24	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **CLARA OFELIA ZULUAGA DE POSADA** (ID: 32345277) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 128.003,00	2474	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

MARIA CRISTINA CARDONA · CC - 32439844 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 23/08/1948 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
25	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **MARIA CRISTINA CARDONA** (ID: 32439844) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 128.003,00	2496	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

CRISTINA ZULETA URIBE · CC - 43973139 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1969 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
26	ALQUILER BPAP AUTOMATICO Paciente: **CRISTINA ZULETA URIBE** (ID: 43973139) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 186.320,00	2476	19%	$ 35.400,80	$ 186.320,00
						Subtotal Paciente:	**$ 186.320,00**

LUISA FERNANDA CASTAÑO LONDOÑO · CC - 1152700276 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/08/1995 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
27	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **LUISA FERNANDA CASTAÑO LONDOÑO** (ID: 1152700276) Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 128.003,00	2485	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

OBSERVACIONES

36-02-00-005-000000; CO1.PCCNTR.9437604; felgomez@sena.edu.co

INFORMACION BANCARIA

Autorizacion DIAN: 18764098886950 | **Desde:** 19/09/2025 - 19/09/2027 | **Rango:** OXIG1 - OXIG10000

CUFE: 3c9089120d3a657a62bb54278adfeb4ee7ebb10eb87cf6534cb8786c1574b4b8665c649842ddf5409b2f03197e3e8f94

Subtotal	$ 3.288.746,00
IVA 0%	$ 0,00
19%	$ 350.545,63
TOTAL FACTURA	**$ 3.639.291,63**

Son: *Tres Millones Seiscientos Treinta Y Nueve Mil Doscientos Noventa Y Uno Peso y Sesenta Y Tres Centavos*

LUIS GERMAN HENAO MAYA
Reg: 5-0127-07
C.C. 71.713.964
U. de A.

Firma Recibe

21/07/2026
GLOSA POR TARIFA
-$ 8 AJUSTE IVA

Firma Elaboró

Representación gráfica de la factura electrónica

Software Propio
OXISALUD S.A.S. - 811013645-9

Sello de Firma: k86nAZect/i88ZH6KBUZK2+upJjm3CRyWLSMw7TSPjJsnMGYbkVg2MOpwhXFVvIv3oWa+F/QscyHnw2PSUNDKamSOoGpsCAKydOreQtATGIAM22rp67QLhiYqATzcgBSWcBkRac9Dy4VVOXHtqBaHjJVow2lMpAceMIbyJSWWjdpYykDUe3jEAuIKX
LasURmiHTuVBqJ0YQUPZ9jjC7Wsjf8SitI/NCgwu9xF9QEnJ95Vwz1mEy7Mi/GRVMf7AJDHYvMyqBlsnktH3roT3afhW3hq8M37Ed96LVNiTEcC6mrto4lyXG6/41WrkP/YvxjWiyg+upRtgawkVdGWGfTQg==

OXISALUD S.A.S.
NIT: **811013645-9**
CL 29 65 46
MEDELLÍN - Colombia
contabilidad@almaterapiaintegral.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
Op: SS-SinAporte

OXIG546

Fecha Emisión:	10/09/2026
Vencimiento:	09/10/2026
Validado DIAN:	10/09/2026

CLIENTE / ADQUIRIENTE

Razón Social:	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
NIT / ID:	899999034-1
Dirección:	CL 57 8 69 MEDELLÍN
Teléfono:	5461500
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

INFORMACIÓN DE LA FACTURA

Forma de Pago:	
Origen:	546
Contrato:	CO1.PCCNTR.9437604

INFORMACIÓN DE ENTREGA

Dirección:	CL 57 8 69 , MEDELLÍN – Antioquia
Teléfono:	5461500

VENDEDOR / EMISOR

Vendedor:	NATALIA LONDOÑO
Cód. Prestador:	050018501001
Modalidad:	[04] Pago por evento
Cobertura:	[13] Cobertura Régimen Especial o Excepción
Período:	01/06/2026 - 30/06/2026
Concepto:	[05] NO APLICA

REPRESENTACION GRAFICA - CAMPOS OBLIGATORIOS SECTOR SALUD

Código Prestador:	050018501001	**Tipo Operación:**	SS-SinAporte - Factura por servicios sin ningún aporte del usuario
Tipo Factura Salud:	Aseguradora	**Número Contrato:**	CO1.PCCNTR.9437604
Modalidad Pago:	[04] Pago por evento	**Cobertura:**	[13] Cobertura Régimen Especial o Excepción
Concepto Recaudo:	[05] NO APLICA	**Número Póliza:**	N/A
Autorización:		**Período Facturado:**	01/06/2026 - 30/06/2026

BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA · CC - 21822509 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 08/12/1948 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
1	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA** (ID: 21822509) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 149.680,00	3436	0%	$ 0,00	$ 149.680,00
2	CILINDRO PORTATIL ALQUILER Paciente: **BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA** (ID: 21822509) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 57.106,00	3438	19%	$ 10.850,14	$ 57.106,00
						Subtotal Paciente:	**$ 206.786,00**

MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO · CC - 21362649 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 01/01/1970 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
3	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO** (ID: 21362649) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 149.680,00	3414	0%	$ 0,00	$ 149.680,00
4	CILINDRO PORTATIL ALQUILER Paciente: **MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO** (ID: 21362649) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 57.106,00	3413	19%	$ 10.850,14	$ 57.106,00
5	ALQUILER REGULADOR AHORRADOR DE OXIGENO Paciente: **MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO** (ID: 21362649) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 57.056,00	3416	19%	$ 10.840,64	$ 57.056,00
						Subtotal Paciente:	**$ 263.842,00**

MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE · CC - 21859157 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 01/01/1946 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
6	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE** (ID: 21859157) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 149.680,00	3422	0%	$ 0,00	$ 149.680,00
7	CILINDRO PORTATIL ALQUILER Paciente: **MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE** (ID: 21859157) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 57.106,00	3424	19%	$ 10.850,14	$ 57.106,00
						Subtotal Paciente:	**$ 206.786,00**

BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA · CC - 42968866 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1969 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
8	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA** (ID: 42968866) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 129.747,00	3390	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
						Subtotal Paciente:	**$ 129.747,00**

CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO · CC - 610703 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 20/01/1957 · Sexo: Hombre · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
9	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO** (ID: 610703) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 129.747,00	3391	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
						Subtotal Paciente:	**$ 129.747,00**

Sello de Firma: AJljwPqqaDh6kv60ktp9NdORxr5naumjdKsV8nU50WkDo8ahQUSlo76F9kz65yUNvTrEcMbTUbIJT8nuyKXSUd1o0D4JfASr2MDTF/ivTNsyda6FIKpAdnOhcCAJGVQrdi3ZJ4jWl+1f+PuXjclItIaP0QHfr1r1xJU/i0KaKydXoTzxIJS3hEJro5wpYWWiz4YyLyto/Ozjaetly2UsviCEUoa8JQ+7iLoOsUk/GzDdh/6/hlbAFuhFMfeeuippzxa/nJgPn+t2VFTWkG5UyvacfUA0t04BO5ltf8jEnSVp8iP7LniHi+3cCv361ZwmEgIvN/N7X74NB2T45I0gXg==
Creado por: **NATALIA LONDOÑO**

ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ · CC - 32460218 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 17/05/1943 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
10	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ** (ID: 32460218) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 129.747,00	3395	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
11	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ** (ID: 32460218) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 128.003,00	3396	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 257.750,00**

JOSEFINA CLAVIJO DE BARRAGAN · CC - 26523078 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1969 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
12	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **JOSEFINA CLAVIJO DE BARRAGAN** (ID: 26523078) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 129.747,00	3403	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
						Subtotal Paciente:	**$ 129.747,00**

LUZ ESTELLA GIL PEÑA · CC - 32467499 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 07/11/1950 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
13	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **LUZ ESTELLA GIL PEÑA** (ID: 32467499) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 129.747,00	3411	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
						Subtotal Paciente:	**$ 129.747,00**

MARIA LADY LOPEZ VANEGAS · CC - 21363624 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 27/02/1941 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
14	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **MARIA LADY LOPEZ VANEGAS** (ID: 21363624) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 129.747,00	3435	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
						Subtotal Paciente:	**$ 129.747,00**

ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ · CC - 656957 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1969 · Sexo: Hombre · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
15	ALQUILER BPAP AUTOMATICO Paciente: **ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ** (ID: 656957) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 186.320,00	3386	19%	$ 35.400,80	$ 186.320,00
						Subtotal Paciente:	**$ 186.320,00**

ANDRES VARGAS ALVAREZ · CC - 8125032 · TIPO: Contributivo beneficiario · Nac: 14/09/1974 · Sexo: Hombre · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
16	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **ANDRES VARGAS ALVAREZ** (ID: 8125032) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 128.003,00	3388	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

MARILUZ MORENO DE BEDOYA · CC - 20181495 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1959 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
17	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **MARILUZ MORENO DE BEDOYA** (ID: 20181495) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 128.003,00	3426	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

NOELIA DEL SOCORRO GALVIS DE VASCO · CC - 22129512 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1960 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
18	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **NOELIA DEL SOCORRO GALVIS DE VASCO** (ID: 22129512) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 128.003,00	3428	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

NORA ELENA PEÑA QUINTERO · CC - 32285102 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 29/12/1959 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
19	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **NORA ELENA PEÑA QUINTERO** (ID: 32285102) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 128.003,00	3433	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

ALBA LUCIA ISAZA DE ZULUAGA · CC - 32313686 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 21/05/1957 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
20	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **ALBA LUCIA ISAZA DE ZULUAGA** (ID: 32313686) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 128.003,00	3382	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

CLARA OFELIA ZULUAGA DE POSADA · CC - 32345277 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1969 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
21	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **CLARA OFELIA ZULUAGA DE POSADA** (ID: 32345277) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 128.003,00	3393	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

MARIA CRISTINA CARDONA · CC - 32439844 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 23/08/1948 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
22	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **MARIA CRISTINA CARDONA** (ID: 32439844) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 128.003,00	3418	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

CRISTINA ZULETA URIBE · CC - 43973139 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1969 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
23	ALQUILER BPAP AUTOMATICO Paciente: **CRISTINA ZULETA URIBE** (ID: 43973139) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 186.320,00	3394	19%	$ 35.400,80	$ 186.320,00
						Subtotal Paciente:	**$ 186.320,00**

LUISA FERNANDA CASTAÑO LONDOÑO · CC - 1152700276 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/08/1995 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
24	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **LUISA FERNANDA CASTAÑO LONDOÑO** (ID: 1152700276) Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 128.003,00	3408	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

OBSERVACIONES

#$36-02-00-005-000000; CO1.PCCNTR.9437604; felgomez@sena.edu.co#$

Subtotal	$ 2.980.563,00
IVA 0%	$ 0,00
19%	$ 333.077,79
TOTAL FACTURA	**$ 3.313.640,79**

Son: *Tres Millones Trescientos Trece Mil Seiscientos Cuarenta Peso y Setenta Y Nueve Centavos*

INFORMACION BANCARIA

Autorizacion DIAN: 18764098886950 | **Desde:** 19/09/2025 - 19/09/2027 | **Rango:** OXIG1 - OXIG10000

CUFE: 4a7d02f4d8c8ba52e3d153f1d0f87aaaea1bfddead851c359231c3947f849dc6f3a37fde75e28288fe3b20e6b9cb615e

GLOSA $ 8
AJUSTES DECIMALES DEL IVA

Representación gráfica de la factura electrónica

Firma Recibe

Firma Elaboró

Software Propio
OXISALUD S.A.S. - 811013645-9

Sello de Firma: AJljwPqqaDh6kv60ktp9NdORxr5naumjdKsV8nU50WkDo8ahQUSlo76F9kz65yUNvTrEcMbTUbIJT8nuyKXSUd1o0D4JfASr2MDTF/ivTNsyda6FIKpAdnOhcCAJGVQrdi3ZJ4jWl+1f+PuXjclItIaP0QHfr1r1xJU/i0KaKydXoTzxIJS3hEJro5wpYWWiz4YyLyto/Ozjaetly2UsviCEUoa8JQ+7iLoOsUk/GzDdh/6/hlbAFuhFMfeeuippzxa/nJgPn+t2VFTWkG5UyvacfUA0t04BO5ltf8jEnSVp8iP7LniHi+3cCv361ZwmEgIvN/N7X74NB2T45I0gXg==

OXISALUD S.A.S.
TAX ID: **811013645-9**
CL 29 65 46
MEDELLÍN - Colombia
contabilidad@almaterapiaintegral.com

ELECTRONIC SALES INVOICE
Operation: SS-SinAporte

FREH219

Issue Date:	09/07/2026
Due Date:	07/08/2026
DIAN Validated:	09/07/2026

CUSTOMER / BUYER

Legal Name:	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
NIT / ID:	899999034-1
Address:	CL 57 8 69 MEDELLIN
Phone:	5461500
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co;felgomez@sena.edu.co

INVOICE INFORMATION

Payment Terms:	
Origin:	219
Contract:	CO1.PCCNTR.9437604

DELIVERY INFORMATION

Address:	CL 57 8 69 , MEDELLIN – Antioquia
Phone:	5461500

SALESPERSON / ISSUER

Salesperson:	NATALIA LONDOÑO
Provider Code:	050018501001
Payment Mode:	[04] Pago por evento
Coverage:	[13] Cobertura Régimen Especial o Excepción
Period:	01/06/2026 - 30/06/2026
Collection Concept:	[05] NO APLICA

GRAPHIC REPRESENTATION - REQUIRED HEALTH SECTOR FIELDS

Provider Code:	050018501001	**Operation Type:**	SS-SinAporte - Factura por servicios sin ningún aporte del usuario
Health Invoice Type:	Aseguradora	**Contract Number:**	CO1.PCCNTR.9437604
Payment Mode:	[04] Pago por evento	**Coverage:**	[13] Cobertura Régimen Especial o Excepción
Collection Concept:	[05] NO APLICA	**Policy Number:**	N/A
Authorization:		**Billed Period:**	01/06/2026 - 30/06/2026

ANATILDE SANCHEZ RESTREPO · CC - 43593007 · TYPE: Especiales o de Excepción cotizante · Birth: 20/07/1972 · Gender: Mujer · Zone: Urbano

N°	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	AUTHORIZATION	TAX	TAX VALUE	SUBTOTAL
1	MEDIA 15-20 A LA RODILLA Patient: **ANATILDE SANCHEZ RESTREPO** (ID: 43593007) Period: 01/06/2026 - 30/06/2026	1.00	$ 44,693.00	3679	19%	$ 8,491.67	$ 44,693.00
						Patient Subtotal:	**$ 44,693.00**

MARIA RUTH LONDOÑO DE FRANCO · CC - 21393127 · TYPE: Especiales o de Excepción cotizante · Birth: 20/07/1970 · Gender: Mujer · Zone: Urbano

N°	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	AUTHORIZATION	TAX	TAX VALUE	SUBTOTAL
2	MEDIA 15-20 A LA RODILLA Patient: **MARIA RUTH LONDOÑO DE FRANCO** (ID: 21393127) Period: 01/06/2026 - 30/06/2026	1.00	$ 44,693.00	2353	19%	$ 8,491.67	$ 44,693.00
						Patient Subtotal:	**$ 44,693.00**

OBSERVATIONS

36-02-00-005-000000; CO1.PCCNTR.9437604; felgomez@sena.edu.co

Untaxed Amount	$ 89,386.00
19%	$ 16,983.34
INVOICE TOTAL	**$ 106,369.34**

Amount in words: *One Hundred And Six Thousand, Three Hundred And Sixty-Nine Peso and Thirty-Four Centavos*

BANK INFORMATION

DIAN Authorization: 18764098887239 | **From:** 19/09/2025 - 19/09/2027 | **Range:** FREH1 - FREH10000

CUFE: 4ee2ba1c974fa965a49a423e1bd5b1c6bc4ff631af1f9c6a10252a01693aacb3e07c847beb68ce5d85978dc03d54a30c

LUIS GERMAN MENAO MAYA
Reg: 5-0127-97
C.C. 71.713.954
U. de A.

Received By Signature

21/07/2026
glosa tarifas
- $ 2
ajuste iva

Prepared By Signature

Graphic representation of the electronic invoice

In-house Software
OXISALUD S.A.S. - 811013645-9

Signature Stamp: FeJsPVeNnn/M6fa3WVRgl8oqWrIrObrRuc3AeU2oZKZDputBjE8AvSw7h6hjdp7ISCPO4+Gptxd3FTwCXwo6HhBGXzg624KUB8dW78pGVGkAxQDEhCLrtJt6zUl3zW3ZNhGa5HAf0kQPkak9l3XJpvSCf8kdsAVQ+LDCofDtIVeEXSHLr4PiqwnWDo5KUSIkMpNovBj2MMmuv1MegX0pqqw5PdP9EeD1rBxMkETbTwBh8xwz5PPIfgFNBP0+emZs3lr6/Ie5isPwNTQ48tZRPvtzCX8Sk941yUQ8Mw58wZ6JsGyXCfdeXIBala2YxGghAGfuC2uiQzTM0ubEI3p7Mw==

OXISALUD S.A.S.
NIT: **811013645-9**
CL 29 65 46
MEDELLÍN - Colombia
contabilidad@almaterapiaintegral.com

NOTA CRÉDITO ELECTRÓNICA
Op: SS-CUFE

NCOO0024

Fecha Emisión:	21/07/2026
Vencimiento:	21/07/2026
Validado DIAN:	21/07/2026

CLIENTE / ADQUIRIENTE

Razón Social:	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
NIT / ID:	899999034-1
Dirección:	CL 57 8 69 MEDELLÍN
Teléfono:	5461500
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co;felgomez@sena.edu.co

INFORMACIÓN DE LA FACTURA

OC / Ref.:	Reversión de: FREH219, AJUSTE DE DECIMAL
Forma de Pago:	
Origen:	FREH219
Contrato:	CO1.PCCNTR.9437604

INFORMACIÓN DE ENTREGA

Dirección:	CL 57 8 69 , MEDELLÍN – Antioquia
Teléfono:	5461500

VENDEDOR / EMISOR

Vendedor:	NATALIA LONDOÑO
Cód. Prestador:	050018501001
Modalidad:	[04] Pago por evento
Cobertura:	[13] Cobertura Régimen Especial o Excepción
Período:	01/06/2026 - 30/06/2026
Concepto:	[05] NO APLICA

REPRESENTACION GRAFICA - CAMPOS OBLIGATORIOS SECTOR SALUD

Código Prestador:	050018501001	**Tipo Operación:**	SS-CUFE - Factura por servicios + aporte del usuario
Tipo Factura Salud:	Aseguradora	**Número Contrato:**	CO1.PCCNTR.9437604
Modalidad Pago:	[04] Pago por evento	**Cobertura:**	[13] Cobertura Régimen Especial o Excepción
Concepto Recaudo:	[05] NO APLICA	**Número Póliza:**	N/A
Autorización:		**Período Facturado:**	01/06/2026 - 30/06/2026

SERVICIOS GENERALES

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
1	MEDIA 15-20 A LA RODILLA Paciente: SIN ASIGNAR Período: 01/06/2026 - 30/06/2026	1,00	$ 2,00	PENDIENTE		$ 0,00	$ 2,00
						Subtotal Servicios:	**$ 2,00**

OBSERVACIONES

36-02-00-005-000000; CO1.PCCNTR.9437604; felgomez@sena.edu.co

TOTAL FACTURA **$ 2,00**

Son: *Dos Peso*

INFORMACION BANCARIA

Autorizacion DIAN: 18764098887239 | **Desde:** 19/09/2025 - 19/09/2027 | **Rango:** FREH1 - FREH10000

CUDE: fe8fcf231331036c539dccb8149536ecb2d5292a66379dbe5efccc4d7cb2dae7772c5df293004037f4ee14bbd6f1c97f

Representación gráfica de la factura electrónica

Firma Recibe

Firma Elaboró

Software Propio
OXISALUD S.A.S. - 811013645-9

Sello de Firma: PIOlOvj9jH0PKkviGc2YEMNwfMvMYIViLMTitlnDC64xzenkrk9AF1KeborM++WcA1Q4sK/rdh+UA2aR5MO8pAUgRGhCQCTJ4jmqgY8VkDKufGM6GjDCdmIvOnD2rLzV7PNiYO/pIaX1Hu08fjJaKczCO0peJU5pg1zKqL2gO+TgDW7XI7WqPzR63QTb7r2KjC5V0lWIfjyX1SNc7DEAE1tIGT7J8+/IyJEL0JqIhKH4Z37sBaAxMk3qxiF/5YDJo23zPt6nOF/KvZXgfbmDQslld9nsiwCGtLsYfifItZM3c1x7tp3HIjBcTYuq+0jLGhi8MFkwS6C48grXWbAq+w==

OXISALUD S.A.S.
NIT: **811013645-9**
CL 29 65 46
MEDELLÍN - Colombia
contabilidad@almaterapiaintegral.com

NOTA CRÉDITO ELECTRÓNICA

Op: 10

NCRO0035

Fecha Emisión:	21/07/2026
Vencimiento:	21/07/2026
Validado DIAN:	21/07/2026

CLIENTE / ADQUIRIENTE

Razón Social:	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
NIT / ID:	899999034-1
Dirección:	CL 57 8 69 MEDELLÍN
Teléfono:	5461500
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co;felgomez@sena.edu.co

INFORMACIÓN DE LA FACTURA

OC / Ref.:	Reversión de: OXIG442, AJUSTE DECIMAL
Forma de Pago:	
Origen:	OXIG442

INFORMACIÓN DE ENTREGA

Dirección:	CL 57 8 69 , MEDELLÍN – Antioquia
Teléfono:	5461500

VENDEDOR / EMISOR

Vendedor:	NATALIA LONDOÑO

N°	DESCRIPCIÓN	CANT.	V. UNITARIO	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
1	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Cód: ENTALQ001	1,00	$ 8,00	0%	$ 0,00	$ 8,00
	36-02-00-005-000000; CO1.PCCNTR.9437604; felgomez@sena.edu.co					

Total líneas: **1** — **Subtotal Base:** $ 8,00

OBSERVACIONES

36-02-00-005-000000; CO1.PCCNTR.9437604; felgomez@sena.edu.co

Subtotal	$ 8,00
IVA 0%	$ 0,00
TOTAL FACTURA	**$ 8,00**

Son: *Ocho Peso*

INFORMACION BANCARIA

Autorizacion DIAN: 18764098886950 | **Desde:** 19/09/2025 - 19/09/2027 | **Rango:** OXIG1 - OXIG10000

CUDE: 09192764c8de7e2aaab7feb2f8a3e5022cb2252c1e4ffc6691d7f10e851a36a4ba002a5d054a201e44a76a0b31c0d6a4

Representación gráfica de la factura electrónica

Firma Recibe

Firma Elaboró

Software Propio
OXISALUD S.A.S. - 811013645-9

Sello de Firma:owxoOvH+L26uNEPfR5wTILZdiK47RK8sqx/uFW0okN39+PcZQs4je1WQ/XhH4Cy1yHhUfVXuskYpRjdHhCMW52LzIAwJG38V1pQNLz5e7yPmz6NyevbsHrFyl5OFn/sBzJ5G9U6jRRnitigpRZkCPGF6mYJx/3Qw4/1bLIVxfMK6Daui3BFBd9lZOwuBwNpZTJdhEdCrTfIDAgI7oqmE0nhvK+vvCifap9R6quYN7ohp/3WUdBBuwFZ4LIYNFP+J0ZFofoaTMOCRDh0NRx5i4wXLkCWKxzME34yyX4dtyyesKYXxdJZ/3/Na71/KXAWsjCf5zczeHXPBF9zE22NtQ==

OXISALUD S.A.S.
NIT: **811013645-9**
CL 29 65 46
MEDELLÍN - Colombia
contabilidad@almaterapiaintegral.com

NOTA CRÉDITO ELECTRÓNICA
Op: SS-CUFE

NCRO0036

Fecha Emisión:	21/07/2026
Vencimiento:	21/07/2026
Validado DIAN:	21/07/2026

CLIENTE / ADQUIRIENTE

Razón Social:	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
NIT / ID:	899999034-1
Dirección:	CL 57 8 69 MEDELLÍN
Teléfono:	5461500
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co;felgomez@sena.edu.co

INFORMACIÓN DE LA FACTURA

OC / Ref.:	Reversión de: OXIG440, AJUSTE DECIMAL
Forma de Pago:	
Origen:	OXIG440
Contrato:	CO1.PCCNTR.9437604

INFORMACIÓN DE ENTREGA

Dirección:	CL 57 8 69 , MEDELLÍN – Antioquia
Teléfono:	5461500

VENDEDOR / EMISOR

Vendedor:	NATALIA LONDOÑO
Cód. Prestador:	050018501001
Modalidad:	[04] Pago por evento
Cobertura:	[02] Presupuesto máximo
Período:	01/05/2026 - 31/05/2026
Concepto:	[05] NO APLICA

REPRESENTACION GRAFICA - CAMPOS OBLIGATORIOS SECTOR SALUD

Código Prestador:	050018501001	**Tipo Operación:**	SS-CUFE - Factura por servicios + aporte del usuario
Tipo Factura Salud:	Aseguradora	**Número Contrato:**	CO1.PCCNTR.9437604
Modalidad Pago:	[04] Pago por evento	**Cobertura:**	[02] Presupuesto máximo
Concepto Recaudo:	[05] NO APLICA	**Número Póliza:**	N/A
Autorización:		**Período Facturado:**	01/05/2026 - 31/05/2026

SERVICIOS GENERALES

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
1	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: SIN ASIGNAR Período: 01/05/2026 - 31/05/2026	1,00	$ 8,00	2509	0%	$ 0,00	$ 8,00
						Subtotal Servicios:	**$ 8,00**

OBSERVACIONES

36-02-00-005-000000; CO1.PCCNTR.9437604; felgomez@sena.edu.co

Subtotal	$ 8,00
IVA 0%	$ 0,00
TOTAL FACTURA	**$ 8,00**

Son: *Ocho Peso*

INFORMACION BANCARIA

Autorizacion DIAN: 18764098886950 | **Desde:** 19/09/2025 - 19/09/2027 | **Rango:** OXIG1 - OXIG10000

CUDE: 5dd20f57736aa91c190c1f920debb8e244afa4a4fc7fa9d1644fafcac29e904f0bb2e411a1064bead2e9fcd03f4457de

Representación gráfica de la factura electrónica

Firma Recibe

Firma Elaboró

Software Propio
OXISALUD S.A.S. - 811013645-9

Sello de Firma: UtNRAairYZzN4iBhf9Y/7lj03JWoFZg/r7kqiSn5IsZV2ej/HyROr99twcFIHbvnombhzH0Jpr5LDNGCbUMw5ukSddp/sbrMRsr32GSxipqX7FKl2eaW67mOXgPBcO7UNY55cCQVwc7bSZiPjTFGr1a4IMWXa9o2QAvXZzL/Hmt9Y5iK/E5bllLTp5LATRRPd6b9EhiuyQLL6OQut3/ctdVQhDQmP+7B9AdtouEW+Rlk3y6HRC0pVUqtCumZX5TntEnq1MyI6YIUIN98rddDu1PBIYh4Oz9BYAt1TLSBjvM4IaTYu7HhjY9Ips2MEHaYnGT6m3HOMBbiZAg/+RjhTA==

OXISALUD S.A.S.
NIT: **811013645-9**
CL 29 65 46
MEDELLÍN - Colombia
contabilidad@almaterapiaintegral.com

NOTA CRÉDITO ELECTRÓNICA
Op: SS-CUFE

NCRO0037

Fecha Emisión:	21/07/2026
Vencimiento:	21/07/2026
Validado DIAN:	21/07/2026

CLIENTE / ADQUIRIENTE

Razón Social:	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
NIT / ID:	899999034-1
Dirección:	CL 57 8 69 MEDELLÍN
Teléfono:	5461500
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co;felgomez@sena.edu.co

INFORMACIÓN DE LA FACTURA

OC / Ref.:	Reversión de: OXIG439, AJUSTE DE DECIMAL
Forma de Pago:	
Origen:	OXIG439
Contrato:	CO1.PCCNTR.9437604

INFORMACIÓN DE ENTREGA

Dirección:	CL 57 8 69 , MEDELLÍN – Antioquia
Teléfono:	5461500

VENDEDOR / EMISOR

Vendedor:	NATALIA LONDOÑO
Cód. Prestador:	050018501001
Modalidad:	[04] Pago por evento
Cobertura:	[15] Particular
Período:	21/04/2026 - 30/04/2026
Concepto:	[05] NO APLICA

REPRESENTACION GRAFICA - CAMPOS OBLIGATORIOS SECTOR SALUD

Código Prestador:	050018501001	**Tipo Operación:**	SS-CUFE - Factura por servicios + aporte del usuario
Tipo Factura Salud:	Regular	**Número Contrato:**	CO1.PCCNTR.9437604
Modalidad Pago:	[04] Pago por evento	**Cobertura:**	[15] Particular
Concepto Recaudo:	[05] NO APLICA	**Número Póliza:**	N/A
Autorización:		**Período Facturado:**	21/04/2026 - 30/04/2026

SERVICIOS GENERALES

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
1	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: SIN ASIGNAR Período: 21/04/2026 - 30/04/2026	1,00	$ 47,00	2332	0%	$ 0,00	$ 47,00
						Subtotal Servicios:	**$ 47,00**

OBSERVACIONES

36-02-00-005-000000; CO1.PCCNTR.9437604; felgomez@sena.edu.co

Subtotal	$ 47,00
IVA 0%	$ 0,00
TOTAL FACTURA	**$ 47,00**

Son: *Cuarenta Y Siete Peso*

INFORMACION BANCARIA

Autorizacion DIAN: 18764098886950 | **Desde:** 19/09/2025 - 19/09/2027 | **Rango:** OXIG1 - OXIG10000

CUDE: 76ca1c037e52bdee1666eccb7e1f39fae17ee0dd7db277d86321938d8c76544a93ca8c53e4fbc8d6d67e0ad1bed308a4

Representación gráfica de la factura electrónica

Firma Recibe

Firma Elaboró

Software Propio
OXISALUD S.A.S. - 811013645-9

Sello de Firma: Vor3UHqQYJpaouxsg4+GYddcTeJ5WnPVqoesK90dwdkXtCRxDDapYjpgYUZbUwdu82tgNS/kGdrDFjXlN0DMPfgFTYaBWKa4IVr+Fl5mW27ZY9Y5aIGvOE3eWoXUaf+gJtdcUO10GQbDEHdtqvBI2YlNfFEZufLuAIQ7H0Yw+BC4bbGSgvIvcoyaKx5DbZ/+mk0+0ZvtftD0Pqmg8OUfVVwG68vqLzeeVSwJThcnLnvsci82RsSEr7thtzG3l6TmRKaIaDVdr7iHKtQ9Phzce1ypxctu+MR3IRHJcs+dUNcGpbGr+Wg8X9uXnoySL8cnaKizl590WlUiYTTxvGaEmA==
Creado por: **OLGA LUGO**

OXISALUD S.A.S.
NIT: **811013645-9**
CL 29 65 46
MEDELLÍN - Colombia
contabilidad@almaterapiaintegral.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
Op: SS-SinAporte

OXIG506

Fecha Emisión:	19/08/2026
Vencimiento:	17/09/2026
Validado DIAN:	19/08/2026

CLIENTE / ADQUIRIENTE

Razón Social:	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
NIT / ID:	899999034-1
Dirección:	CL 57 8 69 MEDELLÍN
Teléfono:	5461500
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co;felgomez@sena.edu.co

INFORMACIÓN DE LA FACTURA

Forma de Pago:	
Origen:	506
Contrato:	CO1.PCCNTR.9437604

INFORMACIÓN DE ENTREGA

Dirección:	CL 57 8 69 , MEDELLÍN – Antioquia
Teléfono:	5461500

VENDEDOR / EMISOR

Vendedor:	NATALIA LONDOÑO
Cód. Prestador:	050018501001
Modalidad:	[04] Pago por evento
Cobertura:	[16] Plan de beneficios en salud financiado con UPC Regimen Contributivo
Período:	01/07/2026 - 31/07/2026
Concepto:	[05] NO APLICA

REPRESENTACION GRAFICA - CAMPOS OBLIGATORIOS SECTOR SALUD

Código Prestador:	050018501001	**Tipo Operación:**	SS-SinAporte - Factura por servicios sin ningún aporte del usuario
Tipo Factura Salud:	Aseguradora	**Número Contrato:**	CO1.PCCNTR.9437604
Modalidad Pago:	[04] Pago por evento	**Cobertura:**	[16] Plan de beneficios en salud financiado con UPC Regimen Contributivo
Concepto Recaudo:	[05] NO APLICA	**Número Póliza:**	N/A
Autorización:		**Período Facturado:**	01/07/2026 - 31/07/2026

BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA · CC - 21822509 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 08/12/1948 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
1	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA** (ID: 21822509) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 149.680,00	PENDIENTE	0%	$ 0,00	$ 149.680,00
2	CILINDRO PORTATIL ALQUILER Paciente: **BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA** (ID: 21822509) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 57.106,00	PENDIENTE	19%	$ 10.850,14	$ 57.106,00
						Subtotal Paciente:	**$ 206.786,00**

MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO · CC - 21362649 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 01/01/1970 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
3	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO** (ID: 21362649) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 149.680,00	PENDIENTE	0%	$ 0,00	$ 149.680,00
4	CILINDRO PORTATIL ALQUILER Paciente: **MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO** (ID: 21362649) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 57.106,00	PENDIENTE	19%	$ 10.850,14	$ 57.106,00
5	ALQUILER REGULADOR AHORRADOR DE OXIGENO Paciente: **MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO** (ID: 21362649) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 57.056,00	PENDIENTE	19%	$ 10.840,64	$ 57.056,00
						Subtotal Paciente:	**$ 263.842,00**

MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE · CC - 21859157 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 01/01/1946 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
6	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE** (ID: 21859157) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 149.680,00	PENDIENTE	0%	$ 0,00	$ 149.680,00
7	CILINDRO PORTATIL ALQUILER Paciente: **MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE** (ID: 21859157) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 57.106,00	PENDIENTE	19%	$ 10.850,14	$ 57.106,00
						Subtotal Paciente:	**$ 206.786,00**

BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA · CC - 42968866 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1969 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
8	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA** (ID: 42968866) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 129.747,00	PENDIENTE	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
						Subtotal Paciente:	**$ 129.747,00**

CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO · CC - 610703 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 20/01/1957 · Sexo: Hombre · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
						Subtotal Paciente:	**$ 129.747,00**

Sello de Firma: PwjA62Y8JuSFNXVBdVul4rr1iNfTnVawnI/gKGPtxeT6uiZa+9eeE7PLGRQDad50SQCiPC0s7EXeHWas7+2FaVpfeJ1uG6qCd0G59HTLudQPazC0zpo29PfOzp5CAv3AqgRkUqVogecA8xB/2V/fO2QX9iaKw9Zc7zba8sKSzxCLv4oB99Qj9Hhch7jmqeUqPgbIpWxKlArL9OVKuQPz5GGxXh+/cJ91AV73aX/3Gq0YyOqk3odcFwRedR9g3+RifH3rYPGQUsLFBGZ3KWA8+X9OimIqrheAkJMb2zC0N2vtjf4nLUX4nrCPfqoRk0MwSAVQ8xFpbzfITpD0ui0Kug==

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
9	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO** (ID: 610703) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 129.747,00	PENDIENTE	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
						Subtotal Paciente:	**$ 129.747,00**

ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ · CC - 32460218 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 17/05/1943 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
10	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ** (ID: 32460218) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 129.747,00	PENDIENTE	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
11	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ** (ID: 32460218) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 128.003,00	PENDIENTE	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 257.750,00**

JOSEFINA CLAVIJO DE BARRAGAN · CC - 26523078 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1969 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
12	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **JOSEFINA CLAVIJO DE BARRAGAN** (ID: 26523078) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 129.747,00	PENDIENTE	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
						Subtotal Paciente:	**$ 129.747,00**

MARIA LADY LOPEZ VANEGAS · CC - 21363624 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 27/02/1941 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
13	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **MARIA LADY LOPEZ VANEGAS** (ID: 21363624) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 129.747,00	PENDIENTE	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
						Subtotal Paciente:	**$ 129.747,00**

ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ · CC - 656957 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1969 · Sexo: Hombre · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
14	ALQUILER BPAP AUTOMATICO Paciente: **ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ** (ID: 656957) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 186.320,00	PENDIENTE	19%	$ 35.400,80	$ 186.320,00
						Subtotal Paciente:	**$ 186.320,00**

ANDRES VARGAS ALVAREZ · CC - 8125032 · TIPO: Contributivo beneficiario · Nac: 14/09/1974 · Sexo: Hombre · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
15	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **ANDRES VARGAS ALVAREZ** (ID: 8125032) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 128.003,00	PENDIENTE	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

MARILUZ MORENO DE BEDOYA · CC - 20181495 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1959 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
16	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **MARILUZ MORENO DE BEDOYA** (ID: 20181495) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 128.003,00	PENDIENTE	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

NOELIA DEL SOCORRO GALVIS DE VASCO · CC - 22129512 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1960 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
17	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **NOELIA DEL SOCORRO GALVIS DE VASCO** (ID: 22129512) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 128.003,00	PENDIENTE	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

NORA ELENA PEÑA QUINTERO · CC - 32285102 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 29/12/1959 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
18	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **NORA ELENA PEÑA QUINTERO** (ID: 32285102) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 128.003,00	PENDIENTE	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

ALBA LUCIA ISAZA DE ZULUAGA · CC - 32313686 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 21/05/1957 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
19	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **ALBA LUCIA ISAZA DE ZULUAGA** (ID: 32313686) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 128.003,00	PENDIENTE	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

CLARA OFELIA ZULUAGA DE POSADA · CC - 32345277 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1969 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
20	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **CLARA OFELIA ZULUAGA DE POSADA** (ID: 32345277) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 128.003,00	PENDIENTE	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

MARIA CRISTINA CARDONA · CC - 32439844 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 23/08/1948 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
21	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **MARIA CRISTINA CARDONA** (ID: 32439844) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 128.003,00	PENDIENTE	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

CRISTINA ZULETA URIBE · CC - 43973139 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1969 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
22	ALQUILER BPAP AUTOMATICO Paciente: **CRISTINA ZULETA URIBE** (ID: 43973139) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 186.320,00	PENDIENTE	19%	$ 35.400,80	$ 186.320,00
						Subtotal Paciente:	**$ 186.320,00**

LUISA FERNANDA CASTAÑO LONDOÑO · CC - 1152700276 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/08/1995 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
23	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **LUISA FERNANDA CASTAÑO LONDOÑO** (ID: 1152700276) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 128.003,00	PENDIENTE	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

OBSERVACIONES

36-02-00-005-000000; CO1.PCCNTR.9437604; felgomez@sena.edu.co

INFORMACION BANCARIA

Autorizacion DIAN: 18764098886950 | **Desde:** 19/09/2025 - 19/09/2027 | **Rango:** OXIG1 - OXIG10000

CUFE: 3c0e48faf65a89aac7bca691e961f126b6a228f496c8b03f3d6b07457703b34ad46557b88a44452bb028c44cb4b796dc

Subtotal	$ 2.850.816,00
IVA 0%	$ 0,00
19%	$ 333.077,79
TOTAL FACTURA	**$ 3.183.893,79**

Son: *Tres Millones Ciento Ochenta Y Tres Mil Ochocientos Noventa Y Tres Peso y Setenta Y Nueve Centavos*

LUIS GERMAN HENAO MAYA
Reg: 5-0127-07
C.C. 71.713.954
U. de A.

Firma Recibe

20/08/2026
glosa x decimales iva
$ 7.79

Firma Elaboró

Representación gráfica de la factura electrónica

Software Propio
OXISALUD S.A.S. - 811013645-9

Sello de Firma: PwjA62Y8JuSFNXVBdVul4rr1iNfTnVawnI/gKGPtxeT6uiZa+9eeE7PLGRQDad505QCiPC0s7EXeHWas7+2FaVpfeJ1uG6qCd0G59HTLudQPazC0zpo29PfOzp5CAv3AqgRkUqVogecA8xB/2V/fO2QX9iaKw9Zc7zba8sKSzxCLv4oB99Qj9Hhch7jmqeUqPgbIpWxKlArL9OVKuQPz5GGxXh+/cJ91AV73aX/3Gq0YyOqk3odcFwRedR9g3+RifH3rYPGQUsLFBGZ3KWA8+X9OimIqrheAkJMb2zC0N2vtjf4nLUX4nrCPfqoRk0MwSAVQ8xFpbzfITpD0ui0Kug==

OXISALUD S.A.S.
NIT: **811013645-9**
CL 29 65 46
MEDELLÍN - Colombia
contabilidad@almaterapiaintegral.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
Op: SS-SinAporte

FREH246

Fecha Emisión:	20/08/2026
Vencimiento:	18/09/2026
Validado DIAN:	20/08/2026

CLIENTE / ADQUIRIENTE

Razón Social:	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
NIT / ID:	899999034-1
Dirección:	CL 57 8 69 MEDELLÍN
Teléfono:	5461500
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co;felgomez@sena.edu.co

INFORMACIÓN DE LA FACTURA

Forma de Pago:	
Origen:	246
Contrato:	CO1.PCCNTR.9437604

INFORMACIÓN DE ENTREGA

Dirección:	CL 57 8 69 , MEDELLÍN – Antioquia
Teléfono:	5461500

VENDEDOR / EMISOR

Vendedor:	NATALIA LONDOÑO
Cód. Prestador:	050018501001
Modalidad:	[04] Pago por evento
Cobertura:	[13] Cobertura Régimen Especial o Excepción
Período:	01/07/2026 - 31/07/2026
Concepto:	[05] NO APLICA

REPRESENTACION GRAFICA - CAMPOS OBLIGATORIOS SECTOR SALUD

Código Prestador:	050018501001	**Tipo Operación:**	SS-SinAporte - Factura por servicios sin ningún aporte del usuario
Tipo Factura Salud:	Aseguradora	**Número Contrato:**	CO1.PCCNTR.9437604
Modalidad Pago:	[04] Pago por evento	**Cobertura:**	[13] Cobertura Régimen Especial o Excepción
Concepto Recaudo:	[05] NO APLICA	**Número Póliza:**	N/A
Autorización:		**Período Facturado:**	01/07/2026 - 31/07/2026

LUIS GABRIEL CORREA VELEZ · CC - 3510338 · TIPO: Especiales o de Excepción cotizante · Nac: 09/08/1950 · Sexo: Hombre · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
1	ALQUILER ASPIRADOR Paciente: **LUIS GABRIEL CORREA VELEZ** (ID: 3510338) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	4,00	$ 3.263,00	PENDIENTE	19%	$ 2.479,88	$ 13.052,00
						Subtotal Paciente:	**$ 13.052,00**

ROCIO VALENCIA DE TABARES · CC - 32416797 · TIPO: Especiales o de Excepción cotizante · Nac: 14/10/1944 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
2	CAMINADOR PASO A PASO PLATA Paciente: **ROCIO VALENCIA DE TABARES** (ID: 32416797) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 114.376,00	PENDIENTE	0%	$ 0,00	$ 114.376,00
						Subtotal Paciente:	**$ 114.376,00**

MARIA LUCELLY HERNANDEZ DE ECHEVERRY · CC - 32448564 · TIPO: Especiales o de Excepción cotizante · Nac: 24/03/1945 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
3	MEDIA 15-20 A LA RODILLA Paciente: **MARIA LUCELLY HERNANDEZ DE ECHEVERRY** (ID: 32448564) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	1,00	$ 44.693,00	PENDIENTE	19%	$ 8.491,67	$ 44.693,00
						Subtotal Paciente:	**$ 44.693,00**

PIEDAD NORA CADAVID · CC - 32521818 · TIPO: Especiales o de Excepción cotizante · Nac: 29/06/1954 · Sexo: Hombre · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
4	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **PIEDAD NORA CADAVID** (ID: 32521818) Período: 01/07/2026 - 31/07/2026	19,00	$ 4.267,00	PENDIENTE	19%	$ 15.403,87	$ 81.073,00
						Subtotal Paciente:	**$ 81.073,00**

OBSERVACIONES

36-02-00-005-000000; CO1.PCCNTR.9437604; felgomez@sena.edu.co

Subtotal	$ 253.194,00
IVA 0%	$ 0,00
19%	$ 26.375,42
TOTAL FACTURA	**$ 279.569,42**

Son: *Doscientos Setenta Y Nueve Mil Quinientos Sesenta Y Nueve Peso y Cuarenta Y Dos Centavos*

INFORMACION BANCARIA

Autorizacion DIAN: 18764098887239 | **Desde:** 19/09/2025 - 19/09/2027 | **Rango:** FREH1 - FREH10000

CUFE: 4cd0a3a08a343218166f93770b17052b2d029acbf401e2bfb8485ad8b0a1741542e1af56d088e9025d058775a2c27178

LUIS GERMAN MENAO MAYA
Reg: 5-0127-97
C.C. 71.713.964
U. de A.

Firma Recibe

21/08/2026
GLOSA POR AJUSTE IVA
-$6.54

Firma Elaboró

Representación gráfica de la factura electrónica

Software Propio
OXISALUD S.A.S. - 811013645-9

Sello de Firma: cZGKk/wjLSNaFxJyFIhTQQ9ndiW6Z5RYbCiKBIt40g/qnGHoiUksPb5d8CwGGCSsUI5JuMnSsYkUr1EWIXZTZ4v6e98yCiWNV6acZIk6XkY4qy0dkSJOs6p8/McvYTk9V9x6OrabYzwcz8TBPoZ+LWsa/Yip8UsUenkljKO4wrmtTx/mSt/fWZaga9jsfY85qWDMRyQOPblELRuchDsJQmnVMIsUkv9vtWOV8W/WpC7IX3Q9CJc7PO5GihSh5yS4/72XqZEZk/5AmmdYJ8UZaGZaripV67KJVNqbcABYa/4nSKvIBAza0Dji1O/QBxqjhFwISleimQ71IByLI6W7Kg==
Creado por: **NATALIA LONDOÑO**
Odoo - EMAB SYSTEM SAS

OXISALUD S.A.S.
NIT: **811013645-9**
CL 29 65 46
MEDELLÍN - Colombia
contabilidad@almaterapiaintegral.com

NOTA CRÉDITO ELECTRÓNICA

Op: 10

NCOO0027

Fecha Emisión:	24/08/2026
Vencimiento:	23/09/2026
Validado DIAN:	24/08/2026

CLIENTE / ADQUIRIENTE

Razón Social:	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
NIT / ID:	899999034-1
Dirección:	CL 57 8 69 MEDELLÍN
Teléfono:	5461500
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co;felgomez@sena.edu.co

INFORMACIÓN DE LA FACTURA

Forma de Pago:	30 días

INFORMACIÓN DE ENTREGA

Dirección:	CL 57 8 69 , MEDELLÍN – Antioquia
Teléfono:	5461500

VENDEDOR / EMISOR

Vendedor:	OLGA LUGO

N°	DESCRIPCIÓN	CANT.	V. UNITARIO	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
1	[ENTALQ018] ALQUILER ASPIRADOR Cód: ENTALQ018	1,00	$ 6,54	0%	$ 0,00	$ 6,54

Total líneas: **1** **Subtotal Base:** $ 6,54

INFORMACION BANCARIA

Autorizacion DIAN: 18764098887239 | **Desde:** 19/09/2025 - 19/09/2027 | **Rango:** FREH1 - FREH10000

CUDE: e7c9631a439fb7daecc5fe04d05a7cb255cacd3b8063c0f417087d78fb28b14ef5659e757247b62891c1844ce7eeeb1c

Subtotal	$ 6,54
IVA 0%	$ 0,00
TOTAL FACTURA	**$ 6,54**

Son: *Seis Peso y Cincuenta Y Cuatro Centavos*

Representación gráfica de la factura electrónica

Firma Recibe

Firma Elaboró

Software Propio
OXISALUD S.A.S. - 811013645-9

Sello de Firma: rShbv1yIxOO1BbShi+14XQVS/WSjUlyfe8hpkAqkkX7hEp2fPv3y3NTFEw8uUx2tpj+2Ent7YKMkRp13BkUnzjIDFZbQgCJ1Iw1n6nAy69pHw3tMyWNtEpZyOgXyiFkTevMRRbfPU7FdOg9Dttgvw10pWrY7PdmToykCVlNPObSfad2XzqBUzdodlZaPGNwnp9qqtoVgBoNvdGLUISNcDIFezMQHAlFa2OPyf8j7v//PqoT5i4rUD3pz0UXqP0ay9ICWnnKL1pAJTqiCWkWHybHbx1fiff0aHReiLxnzBbeDpqkly+IaHateqqMJ5U3dw/v114JsnPz4JiRiX63PcQ==

OXISALUD S.A.S.
NIT: **811013645-9**
CL 29 65 46
MEDELLÍN - Colombia
contabilidad@almaterapiaintegral.com

NOTA CRÉDITO ELECTRÓNICA
Op: 10

NCRO0041

Fecha Emisión:	24/08/2026
Vencimiento:	24/08/2026
Validado DIAN:	24/08/2026

CLIENTE / ADQUIRIENTE

Razón Social:	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
NIT / ID:	899999034-1
Dirección:	CL 57 8 69 MEDELLÍN
Teléfono:	5461500
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co;felgomez@sena.edu.co

INFORMACIÓN DE LA FACTURA

Forma de Pago:	
Origen:	OXIG442

INFORMACIÓN DE ENTREGA

Dirección:	CL 57 8 69 , MEDELLÍN – Antioquia
Teléfono:	5461500

VENDEDOR / EMISOR

Vendedor:	OLGA LUGO

N°	DESCRIPCIÓN	CANT.	V. UNITARIO	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
1	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Cód: ENTALQ001	1,00	$ 8,00	0%	$ 0,00	$ 8,00
	36-02-00-005-000000; CO1.PCCNTR.9437604; felgomez@sena.edu.co					

Total líneas: **1** — **Subtotal Base:** $ 8,00

OBSERVACIONES

36-02-00-005-000000; CO1.PCCNTR.9437604; felgomez@sena.edu.co

Subtotal	$ 8,00
IVA 0%	$ 0,00
TOTAL FACTURA	**$ 8,00**

Son: *Ocho Peso*

INFORMACION BANCARIA

Autorizacion DIAN: 18764098886950 | **Desde:** 19/09/2025 - 19/09/2027 | **Rango:** OXIG1 - OXIG10000

CUDE: db226a515153a8bad73f1effe4c0525ed9faa2e6e866ba50295d9940b0a1fe1040fcc87c29ac176dcfc3510ce0b6806f

Representación gráfica de la factura electrónica

Firma Recibe

Firma Elaboró

Software Propio
OXISALUD S.A.S. - 811013645-9

Sello de Firma:nVMs5dMssZLwSXovuDen06/9c9pz+0TKd8rpyoofdc6q0r8wE7c50PpIkZdYe+l/v/nWLCul5k97hRNviWnGjQAQP/bvIlhGObip1oLmK+oZG7AWU3xs2aFuSasLt5GJMYYBExyUQt3TWMiTEuzFyFoL+ngCfKinr9ilA0sfQH/AulZ5N7YcvvJvwMW5GuvEQ9BnmlOZnHMkHOKzKGGYqCzztKzpSFOCijR3Y+uH9RWSSyf5BynPvwp7t3VmbkOfYb3qZF6DiTs5f2j24PvJN8zA2rFuiY+8J+ICWtE8Rz86eMQNpt/f01h6HQnQrFITAxUTwDvjbhSyDa6pHZJy9A==

OXISALUD S.A.S.
NIT: **811013645-9**
CL 29 65 46
MEDELLÍN - Colombia
contabilidad@almaterapiaintegral.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
Op: SS-SinAporte

FREH266

Fecha Emisión:	15/09/2026
Vencimiento:	14/10/2026
Validado DIAN:	15/09/2026

CLIENTE / ADQUIRIENTE

Razón Social:	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
NIT / ID:	899999034-1
Dirección:	CL 57 8 69 MEDELLÍN
Teléfono:	5461500
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

INFORMACIÓN DE LA FACTURA

Forma de Pago:	
Origen:	266
Contrato:	CO1.PCCNTR.9437604

INFORMACIÓN DE ENTREGA

Dirección:	CL 57 8 69 , MEDELLÍN – Antioquia
Teléfono:	5461500

VENDEDOR / EMISOR

Vendedor:	NATALIA LONDOÑO
Cód. Prestador:	050018501001
Modalidad:	[04] Pago por evento
Cobertura:	[13] Cobertura Régimen Especial o Excepción
Período:	01/08/2026 - 31/08/2026
Concepto:	[05] NO APLICA

REPRESENTACION GRAFICA - CAMPOS OBLIGATORIOS SECTOR SALUD

Código Prestador:	050018501001	**Tipo Operación:**	SS-SinAporte - Factura por servicios sin ningún aporte del usuario
Tipo Factura Salud:	Aseguradora	**Número Contrato:**	CO1.PCCNTR.9437604
Modalidad Pago:	[04] Pago por evento	**Cobertura:**	[13] Cobertura Régimen Especial o Excepción
Concepto Recaudo:	[05] NO APLICA	**Número Póliza:**	N/A
Autorización:		**Período Facturado:**	01/08/2026 - 31/08/2026

PEDRO ANTONIO VASCO OBANDO · CC - 3626777 · TIPO: Especiales o de Excepción cotizante · Nac: 04/09/1950 · Sexo: Hombre · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
1	PLANTILLA EN SILICONA ENTERA METATARSAL Paciente: **PEDRO ANTONIO VASCO OBANDO** (ID: 3626777) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 43.100,00	PENDIENTE	19%	$ 8.189,00	$ 43.100,00
						Subtotal Paciente:	**$ 43.100,00**

LUZ ELENA ESTRADA TORRES · CC - 32507934 · TIPO: Especiales o de Excepción cotizante · Nac: 01/01/1967 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
2	MEDIA 15-20 A LA RODILLA Paciente: **LUZ ELENA ESTRADA TORRES** (ID: 32507934) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 44.693,00	PENDIENTE	19%	$ 8.491,67	$ 44.693,00
3	MUÑEQUERA FERULA PULGAR TALLA S/M Paciente: **LUZ ELENA ESTRADA TORRES** (ID: 32507934) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 33.600,00	PENDIENTE	0%	$ 0,00	$ 33.600,00
						Subtotal Paciente:	**$ 78.293,00**

ESTHER JULIA HENAO DE ARANGO · CC - 21416343 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 20/01/1955 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
4	MEDIA 15-20 A LA RODILLA Paciente: **ESTHER JULIA HENAO DE ARANGO** (ID: 21416343) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 44.693,00	PENDIENTE	19%	$ 8.491,67	$ 44.693,00
						Subtotal Paciente:	**$ 44.693,00**

MARIA AMPARO ARROYAVE BARRIENTOS · CC - 32469954 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 17/06/1951 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
5	MEDIA 15-20 A LA RODILLA Paciente: **MARIA AMPARO ARROYAVE BARRIENTOS** (ID: 32469954) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 44.693,00	PENDIENTE	19%	$ 8.491,67	$ 44.693,00
						Subtotal Paciente:	**$ 44.693,00**

INFORMACION BANCARIA

Autorizacion DIAN: 18764098887239 | **Desde:** 19/09/2025 - 19/09/2027 | **Rango:** FREH1 - FREH10000

CUFE: 575ae0ffb165f306d4fdfc3c42370de82d274f9b3c8970d51c81e5bc15ab2bad25baf4ccb15701bbe814f47894d79d8e

Subtotal	$ 210.779,00
IVA 0%	$ 0,00
19%	$ 33.664,01
TOTAL FACTURA	**$ 244.443,01**

Son: *Doscientos Cuarenta Y Cuatro Mil Cuatrocientos Cuarenta Y Tres Peso y Uno Centavos*

Representación gráfica de la factura electrónica

Sello de Firma: jOuzyQEPwHgMI6Nq4neAFxZaHag7NFGDWgSOWL0L2G9t/p+Bx6HFn0q4VlSzODG0yz1AGIlqIfB8HHTrIRjkRikHgMPJTZTjUCmDxu2J+nw5vgb5gQ7oL89FTC2bOAHBxPU0aJtuAlU0Xh+QTOgtRm/Rm55bk+6HK8+G0cHg+M81Tn/RTHRwWAycR4oj2x9ELCUWS4hHg2EulbtrQuiIU4oP7x3ILTTEoH/5i2sVnS2LcZJTHgAgJY0iKe4zNDYHzUT6FVcIElBOLqxOjSpnXXnuH41JfEgfTxAFDoc43GxqNoL7fSizx1WoVEuxdIocvqmUUF89zs1aB4zaQFCRdQ==



15/09/2026
GLOSA POR DECIMALES

-$2.01

Firma Recibe

Firma Elaboró

Software Propio
OXISALUD S.A.S. - 811013645-9

OXISALUD S.A.S.
NIT: **811013645-9**
CL 29 65 46
MEDELLÍN - Colombia
contabilidad@almaterapiaintegral.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Op: SS-SinAporte

OXIG552

Fecha Emisión:	15/09/2026
Vencimiento:	14/10/2026
Validado DIAN:	15/09/2026

CLIENTE / ADQUIRIENTE

Razón Social:	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
NIT / ID:	899999034-1
Dirección:	CL 57 8 69 MEDELLÍN
Teléfono:	5461500
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

INFORMACIÓN DE LA FACTURA

Forma de Pago:	
Origen:	552
Contrato:	CO1.PCCNTR.9437604

INFORMACIÓN DE ENTREGA

Dirección:	CL 57 8 69 , MEDELLÍN – Antioquia
Teléfono:	5461500

VENDEDOR / EMISOR

Vendedor:	NATALIA LONDOÑO
Cód. Prestador:	050018501001
Modalidad:	[04] Pago por evento
Cobertura:	[13] Cobertura Régimen Especial o Excepción
Período:	01/08/2026 - 31/08/2026
Concepto:	[05] NO APLICA

REPRESENTACION GRAFICA - CAMPOS OBLIGATORIOS SECTOR SALUD

Código Prestador:	050018501001	**Tipo Operación:**	SS-SinAporte - Factura por servicios sin ningún aporte del usuario
Tipo Factura Salud:	Aseguradora	**Número Contrato:**	CO1.PCCNTR.9437604
Modalidad Pago:	[04] Pago por evento	**Cobertura:**	[13] Cobertura Régimen Especial o Excepción
Concepto Recaudo:	[05] NO APLICA	**Número Póliza:**	N/A
Autorización:		**Período Facturado:**	01/08/2026 - 31/08/2026

BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA · CC - 21822509 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 08/12/1948 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
1	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA** (ID: 21822509) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 149.680,00	PENDIENTE	0%	$ 0,00	$ 149.680,00
2	CILINDRO PORTATIL ALQUILER Paciente: **BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA** (ID: 21822509) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 57.106,00	PENDIENTE	19%	$ 10.850,14	$ 57.106,00
						Subtotal Paciente:	**$ 206.786,00**

MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO · CC - 21362649 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 01/01/1970 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
3	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO** (ID: 21362649) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 149.680,00	PENDIENTE	0%	$ 0,00	$ 149.680,00
4	CILINDRO PORTATIL ALQUILER Paciente: **MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO** (ID: 21362649) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 57.106,00	PENDIENTE	19%	$ 10.850,14	$ 57.106,00
5	ALQUILER REGULADOR AHORRADOR DE OXIGENO Paciente: **MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO** (ID: 21362649) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 57.056,00	PENDIENTE	19%	$ 10.840,64	$ 57.056,00
						Subtotal Paciente:	**$ 263.842,00**

MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE · CC - 21859157 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 01/01/1946 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
6	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE** (ID: 21859157) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 149.680,00	PENDIENTE	0%	$ 0,00	$ 149.680,00
7	CILINDRO PORTATIL ALQUILER Paciente: **MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE** (ID: 21859157) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 57.106,00	PENDIENTE	19%	$ 10.850,14	$ 57.106,00
						Subtotal Paciente:	**$ 206.786,00**

BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA · CC - 42968866 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1969 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
8	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA** (ID: 42968866) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 129.747,00	PENDIENTE	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
						Subtotal Paciente:	**$ 129.747,00**

CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO · CC - 610703 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 20/01/1957 · Sexo: Hombre · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
9	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO** (ID: 610703) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 129.747,00	PENDIENTE	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
						Subtotal Paciente:	**$ 129.747,00**

Sello de Firma:mo3upudIRmSu9HQQMXqFcWhS7WnuhhtI2uMUBT3g0xNX78NMU3dVM7LVWWphGcThqoGFd+IWObx1UgBOvG6jg514KtgGmUdn04kvfDKCPpOgwE0d6ZAO5dDJuP80LXw2VV+7utQ0rQZa3hxx6M1lFuTm94in87NzVK18sEk/IIQ3TNrvalbyPqSaDcznf0r0YqR/kK/crryBKBgyZKG86Ntvpb8XVfW5oMD8lszqDAP2THr9ELx6i9tke3CRqa+LpkVMrUNr2wZCOrsQg3rJNMurdHNtGQVGaHnjMNwb9Z/kf9cpUnwFCOjO/7E7kBfudpFbXvgY/bVDaV1YX+gAig==

ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ · CC - 32460218 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 17/05/1943 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
10	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ** (ID: 32460218) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 129.747,00	PENDIENTE	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
11	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ** (ID: 32460218) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 128.003,00	PENDIENTE	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 257.750,00**

JOSEFINA CLAVIJO DE BARRAGAN · CC - 26523078 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1969 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
12	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **JOSEFINA CLAVIJO DE BARRAGAN** (ID: 26523078) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 129.747,00	PENDIENTE	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
						Subtotal Paciente:	**$ 129.747,00**

MARIA LADY LOPEZ VANEGAS · CC - 21363624 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 27/02/1941 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
13	SUMINISTRO OXIGENO CONCENTRA BAJO FLUJO DIA Paciente: **MARIA LADY LOPEZ VANEGAS** (ID: 21363624) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 129.747,00	PENDIENTE	0%	$ 0,00	$ 129.747,00
						Subtotal Paciente:	**$ 129.747,00**

ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ · CC - 656957 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1969 · Sexo: Hombre · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
14	ALQUILER BPAP AUTOMATICO Paciente: **ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ** (ID: 656957) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 186.320,00	PENDIENTE	19%	$ 35.400,80	$ 186.320,00
						Subtotal Paciente:	**$ 186.320,00**

ANDRES VARGAS ALVAREZ · CC - 8125032 · TIPO: Contributivo beneficiario · Nac: 14/09/1974 · Sexo: Hombre · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
15	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **ANDRES VARGAS ALVAREZ** (ID: 8125032) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 128.003,00	PENDIENTE	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

MARILUZ MORENO DE BEDOYA · CC - 20181495 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1959 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
16	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **MARILUZ MORENO DE BEDOYA** (ID: 20181495) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 128.003,00	PENDIENTE	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

NOELIA DEL SOCORRO GALVIS DE VASCO · CC - 22129512 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1960 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
17	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **NOELIA DEL SOCORRO GALVIS DE VASCO** (ID: 22129512) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 128.003,00	PENDIENTE	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

NORA ELENA PEÑA QUINTERO · CC - 32285102 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 29/12/1959 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
18	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **NORA ELENA PEÑA QUINTERO** (ID: 32285102) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 128.003,00	PENDIENTE	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

ALBA LUCIA ISAZA DE ZULUAGA · CC - 32313686 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 21/05/1957 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
19	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **ALBA LUCIA ISAZA DE ZULUAGA** (ID: 32313686) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 128.003,00	PENDIENTE	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

CLARA OFELIA ZULUAGA DE POSADA · CC - 32345277 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1969 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
20	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **CLARA OFELIA ZULUAGA DE POSADA** (ID: 32345277) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 128.003,00	PENDIENTE	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

MARIA CRISTINA CARDONA · CC - 32439844 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 23/08/1948 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
21	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **MARIA CRISTINA CARDONA** (ID: 32439844) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 128.003,00	PENDIENTE	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

CRISTINA ZULETA URIBE · CC - 43973139 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/12/1969 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
22	ALQUILER BPAP AUTOMATICO Paciente: **CRISTINA ZULETA URIBE** (ID: 43973139) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 186.320,00	PENDIENTE	19%	$ 35.400,80	$ 186.320,00
						Subtotal Paciente:	**$ 186.320,00**

LUISA FERNANDA CASTAÑO LONDOÑO · CC - 1152700276 · TIPO: Contributivo cotizante · Nac: 31/08/1995 · Sexo: Mujer · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
23	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **LUISA FERNANDA CASTAÑO LONDOÑO** (ID: 1152700276) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 128.003,00	PENDIENTE	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

PIEDAD NORA CADAVID · CC - 32521818 · TIPO: Especiales o de Excepción cotizante · Nac: 29/06/1954 · Sexo: Hombre · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
24	ALQUILER CPAP AUTOMATICO Paciente: **PIEDAD NORA CADAVID** (ID: 32521818) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 128.003,00	PENDIENTE	19%	$ 24.320,57	$ 128.003,00
						Subtotal Paciente:	**$ 128.003,00**

LUIS GABRIEL CORREA VELEZ · CC - 3510338 · TIPO: Especiales o de Excepción cotizante · Nac: 09/08/1950 · Sexo: Hombre · Zona: Urbano

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	V. UNITARIO	AUTORIZACIÓN	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
25	ALQUILER ASPIRADOR Paciente: **LUIS GABRIEL CORREA VELEZ** (ID: 3510338) Período: 01/08/2026 - 31/08/2026	1,00	$ 97.900,00	PENDIENTE	19%	$ 18.601,00	$ 97.900,00
						Subtotal Paciente:	**$ 97.900,00**

OBSERVACIONES

#$36-02-00-005-000000;CO1.PCCNTR.9437604;felgomez@sena.edu.co#$

INFORMACION BANCARIA

Autorizacion DIAN: 18764098886950 | **Desde:** 19/09/2025 - 19/09/2027 | **Rango:** OXIG1 - OXIG10000

CUFE: 50da729a0cd38052598ec321214608233b0c5da5ac723ce25e0947c2606d77c63e8d89d10a483d1e149749718ec1c3df

Subtotal	$ 3.076.719,00
IVA 0%	$ 0,00
19%	$ 375.999,36
TOTAL FACTURA	**$ 3.452.718,36**

Son: *Tres Millones Cuatrocientos Cincuenta Y Dos Mil Setecientos Dieciocho Peso y Treinta Y Seis Centavos*

LUIS GERMAN HENAO MAYA
Reg: 5-0127-07
C.C. 71.713.964
U. de A.

Firma Recibe

15/09/2026
GLOSA AJUSTE DECIMALES
-$7.36

Firma Elaboró

Representación gráfica de la factura electrónica

Software Propio
OXISALUD S.A.S. - 811013645-9

Sello de Firma:mo3upudIRmSu9HQQMXqFcWhS7WnuhhtI2uMUBT3g0xNX78NMU3dVM7LVWWphGcThqoGFd+IWObx1UgBOvG6jg514KtgGmUdn04kvfDKCPpOgwE0d6ZAO5dDJuP80LXw2VV+7utQ0rQZa3hxx6M1IFuTm94in87NzVK18sEk/IIQ3TNrvaIbyPqSaDcznf0r0YqR/kK/crryBKBgyZKG86Ntvpb8XVfW5oMD8IszqDAP2THr9ELx6i9tke3CRqa+LpkVMrUNr2wZCOrsQg3rJNMurdHNtGQVGaHnjMNwb9Z/kf9cpUnwFCOjO/7E7kBfudpFbXvgY/bVDaV1YX+gAig==

OXISALUD S.A.S.
NIT: **811013645-9**
CL 29 65 46
MEDELLÍN - Colombia
contabilidad@almaterapiaintegral.com

NOTA CRÉDITO ELECTRÓNICA

Op: 10

NCOO0030

Fecha Emisión:	21/09/2026
Vencimiento:	21/10/2026
Validado DIAN:	21/09/2026

CLIENTE / ADQUIRIENTE

Razón Social:	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
NIT / ID:	899999034-1
Dirección:	CL 57 8 69 MEDELLÍN
Teléfono:	5461500
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

INFORMACIÓN DE LA FACTURA

Forma de Pago:	30 días

INFORMACIÓN DE ENTREGA

Dirección:	CL 57 8 69 , MEDELLÍN – Antioquia
Teléfono:	5461500

VENDEDOR / EMISOR

Vendedor:	OLGA LUGO

Nº	DESCRIPCIÓN	CANT.	V. UNITARIO	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
1	AJUSTE DECIMAL	1,00	$ 2,01	0%	$ 0,00	$ 2,01

Total líneas: **1** **Subtotal Base:** $ 2,01

INFORMACION BANCARIA

Autorizacion DIAN: 18764098887239 | **Desde:** 19/09/2025 - 19/09/2027 | **Rango:** FREH1 - FREH10000

CUDE: 1b0feff4db438e85b0ec341f9c5f794eb447520e8d210b0efad1572cd81a75c3241cd13976cf4380a4418c57c949f10b

Subtotal	$ 2,01
IVA 0%	$ 0,00
TOTAL FACTURA	**$ 2,01**

Son: *Dos Peso y Uno Centavos*

Representación gráfica de la factura electrónica

Firma Recibe

Firma Elaboró

Software Propio
OXISALUD S.A.S. - 811013645-9

Sello de Firma: aljd+sbsBn4Di/MwvP4naGxChg6FIEJ/sOX1O24SrXIfDtECydvBu5+p4aN+psU7SktFkkKlZqIFJDTdN5Q9WNZ+pFfFMIAHJN1xGVm6+8bREf3oUecNfUuvuWpRlOj5CSWfMxfromk+4aTTf7NzKGkVpC9CXkqFVr79ow4jU3kz6URrnm7/HwnDgtIDj6r/LuMyzFu8GKBAubjmoK9+LVBL9LK2VWsi9BJyhhtc9LT2ZRWdRtHkoreoMDBCsSzhheueQk/5O93DSMOZ6xkutBcG4b850DyOix82ZWVZx+Vd9+xj13byf9GFpzAXAe7fskbHgenq7KK7AZTektzIVQ==

OXISALUD S.A.S.
NIT: **811013645-9**
CL 29 65 46
MEDELLÍN - Colombia
contabilidad@almaterapiaintegral.com

NOTA CRÉDITO ELECTRÓNICA

Op: 10

NCOO0031

Fecha Emisión:	21/09/2026
Vencimiento:	21/10/2026
Validado DIAN:	21/09/2026

CLIENTE / ADQUIRIENTE

Razón Social:	**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
NIT / ID:	899999034-1
Dirección:	CL 57 8 69 MEDELLÍN
Teléfono:	5461500
Email:	siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

INFORMACIÓN DE LA FACTURA

Forma de Pago:	30 días

INFORMACIÓN DE ENTREGA

Dirección:	CL 57 8 69 , MEDELLÍN – Antioquia
Teléfono:	5461500

VENDEDOR / EMISOR

Vendedor:	OLGA LUGO

N°	DESCRIPCIÓN	CANT.	V. UNITARIO	IMPUESTO	V. IMPUESTO	SUBTOTAL
1	AJUSTE DECIMAL	1,00	$ 7,36	0%	$ 0,00	$ 7,36

Total líneas: **1** — **Subtotal Base:** $ 7,36

OBSERVACIONES

#$36-02-00-005-000000;CO1.PCCNTR.9437604;felgomez@sena.edu.co#$

Subtotal	$ 7,36
IVA 0%	$ 0,00
TOTAL FACTURA	**$ 7,36**

Son: *Siete Peso y Treinta Y Seis Centavos*

INFORMACION BANCARIA

Autorizacion DIAN: 18764098887239 | **Desde:** 19/09/2025 - 19/09/2027 | **Rango:** FREH1 - FREH10000

CUDE: 02b12c417e769008391fa4ef3fe520a268ff3659fe4a24ab49ed507bc80f254c8db8c4e24c04ab943d374cd1d05d19de

Representación gráfica de la factura electrónica

Firma Recibe

Firma Elaboró

Software Propio
OXISALUD S.A.S. - 811013645-9

Sello de Firma: Uksrai5OviQ59ZO1I2wCocWDq42IUjdqo3tkxrY/l9Aa1/kv1tTQPLkRQp7zN0BZdH3rsKt6UFIOomIrsg/zkH/7GqrG0bp4ucDF1AuL6Ya47YTAUw1w55O/fTUeE/mg1KZpAqvYnX03RaXFtUXJ6lmz3ykgESTVPXudEC1IpSnS3DwMTX72knbevMfIUy8bKCr6yxw5APT3nm5gEYVupdMejDOH0EipHxHh9T2qT2ARG0IZHq+8z6U++7ZXS4FP1v0S0GBhCxJ/NIpq/k+7cbNclu4n/Z5eMBNujHotaUSPf0ifV8gpe5QkNf0ILTE0XoWHY2Sck6WqZ/DehTvR/g==

						Versión: 02
						Código: GTH-F-009
Proceso Gestión del Talento Humano						
Formato Relación de Servicios Prestados - SMA						
No.	**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**	**NOMBRE DEL PACIENTE**	**ORDEN DE ATENCION No.**	**FECHA DE LA ORDEN**	**SERVICIO PRESTADO**	**VALOR FACTURADO**
1	21822509	BERTHA OLIVIA GALLEGO NOREÑA	2332	22/04/2026	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	44.901,00
2	21362649	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	2322	22/04/2026	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.	49.890,00
3	21362649	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	2320	22/04/2026	ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTATIL 1.5 M3(PERMANENTE) CON CARRO TRANSPORTADOR	22.657,60
4	21362649	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	2324	22/04/2026	EL REGULADOR AHORRADOR CONSERVADOR DE OXIGENO ES UN INSTRUMENTO QUE CUMPLEMENTA EL CILINDRO DE OXIGENO O BALA DE OXIGENO PORTATIL Y LE PERMITE AL PACIENTE ADMINISTRAR LA SALIDA DEL GAS CON EL FIN DE ECONOMIZAR ELCONSUMO DEL MISMO, YA QUE GRACIAS A SU TECNOLOGIA SOLO SE SUMINISTA OXIGENO CUANDO LA PERSONA INHALA, ES DECIR, REGULA EL OXIGENO POR PULSO.	22.631,80
5	42968866	BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA	2288	22/04/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	43.250,00

	Versión: 02
	Código: GTH-F-009

Proceso Gestión del Talento Humano

Formato Relación de Servicios Prestados - SMA

No.	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	NOMBRE DEL PACIENTE	ORDEN DE ATENCION No.	FECHA DE LA ORDEN	SERVICIO PRESTADO	VALOR FACTURADO
6	610703	CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO	2290	22/04/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	43.250,00
7	32460218	ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ	2299	22/04/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	43.250,00
8	26523078	JOSEFINA CLAVIJO DE BARRAGAN	2304	22/04/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	43.250,00
9	32467499	LUZ ESTELLA GIL PEÑA	2316	22/04/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	43.250,00
10	21352568	LUZMILA HENAO DE CARDONA	2355	22/04/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	34.600,00

	Versión: 02
	Código: GTH-F-009

Proceso Gestión del Talento Humano

Formato Relación de Servicios Prestados - SMA

No.	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	NOMBRE DEL PACIENTE	ORDEN DE ATENCION No.	FECHA DE LA ORDEN	SERVICIO PRESTADO	VALOR FACTURADO
11	21363624	MARIA LADY MARGUEVITTE LOPEZ	2344	22/04/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	43.250,00
12	656957	ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ	2286	22/04/2026	BPAP SENCILLO	59.128,72
13	8125032	ANDRES VARGAS ALVAREZ	2287	22/04/2026	CPAP SENCILLO	50.777,30
14	20181495	MARILUZ MORENO DE BEDOYA	2340	22/04/2026	CPAP SENCILLO	50.777,30
15	22129512	NOELIA DEL SOCORRO GALVIS DE VASCO	2341	22/04/2026	CPAP SENCILLO	50.777,30
16	32285102	NORA ELENA PEÑA QUINTERO	2343	22/04/2026	CPAP SENCILLO	50.777,30
17	32313686	ALBA LUCIA ISAZA DE ZULUAGA	2289	22/04/2026	CPAP SENCILLO	50.777,30
18	32345277	CLARA OFELIA ZULUAGA DE POSADA	2292	22/04/2026	CPAP SENCILLO	50.777,30
19	32439844	MARIA CRISTINA CARDONA	2333	22/04/2026	CPAP SENCILLO	50.777,30
20	32460218	ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ	2302	22/04/2026	CPAP SENCILLO	50.777,30
21	43973139	CRISTINA ZULETA URIBE	2296	22/04/2026	BPAP SENCILLO	73.909,90
22	1152700276	LUISA FERNANDA CASTAÑO LONDOÑO	2312	22/04/2026	CPAP SENCILLO	50.777,30
23	21352568	LUZMILA HENAO DE CARDONA	2356	23/04/2026	ALQUILER CAMA HOSPITALARIA MANUAL CON BARANDAS 3(TRES) NIVELES	29.140,80
24	21822509	BERTHA OLIVIA GALLEGO NOREÑA	2509	29/04/2026	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	149.680,00
25	21822509	BERTHA OLIVIA GALLEGO NOREÑA	2510	29/04/2026	ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTATIL 1.5 M3(PERMANENTE) CON CARRO TRANSPORTADOR	67.956,14

	Versión: 02
	Código: GTH-F-009

Proceso Gestión del Talento Humano

Formato Relación de Servicios Prestados - SMA

No.	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	NOMBRE DEL PACIENTE	ORDEN DE ATENCION No.	FECHA DE LA ORDEN	SERVICIO PRESTADO	VALOR FACTURADO
26	21362649	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	2491	29/04/2026	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	149.680,00
27	21362649	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	2489	29/04/2026	ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTATIL 1.5 M3(PERMANENTE) CON CARRO TRANSPORTADOR	67.956,14
28	21362649	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	2493	29/04/2026	EL REGULADOR AHORRADOR CONSERVADOR DE OXIGENO ES UN INSTRUMENTO QUE CUMPLEMENTA EL CILINDRO DE OXIGENO O BALA DE OXIGENO PORTATIL Y LE PERMITE AL PACIENTE ADMINISTRAR LA SALIDA DEL GAS CON EL FIN DE ECONOMIZAR ELCONSUMO DEL MISMO, YA QUE GRACIAS A SU TECNOLOGIA SOLO SE SUMINISTA OXIGENO CUANDO LA PERSONA INHALA, ES DECIR, REGULA EL OXIGENO POR PULSO.	67.897,64
29	21859157	MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE	2500	29/04/2026	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	149.680,00
30	21859157	MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE	2501	29/04/2026	ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTATIL 1.5 M3(PERMANENTE) CON CARRO TRANSPORTADOR	67.956,14
31	42968866	BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA	2470	29/04/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00

						Versión: 02
						Código: GTH-F-009
Proceso Gestión del Talento Humano						
Formato Relación de Servicios Prestados - SMA						
No.	**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**	**NOMBRE DEL PACIENTE**	**ORDEN DE ATENCION No.**	**FECHA DE LA ORDEN**	**SERVICIO PRESTADO**	**VALOR FACTURADO**
32	610703	CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO	2472	29/04/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00
33	32460218	ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ	2480	29/04/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00
34	26523078	JOSEFINA CLAVIJO DE BARRAGAN	2483	29/04/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00
35	32467499	LUZ ESTELLA GIL PEÑA	2488	29/04/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00
36	21352568	LUZMILA HENAO DE CARDONA	2507	29/04/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	86.500,00

	Versión: 02
	Código: GTH-F-009

Proceso Gestión del Talento Humano

Formato Relación de Servicios Prestados - SMA

No.	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	NOMBRE DEL PACIENTE	ORDEN DE ATENCION No.	FECHA DE LA ORDEN	SERVICIO PRESTADO	VALOR FACTURADO
37	22049359	MARIA LUCILA DUQUE DE CARDONA	2497	29/04/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00
38	21363624	MARIA LADY MARGUEVITTE LOPEZ	2506	29/04/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00
39	656957	ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ	2464	29/04/2026	BPAP SENCILLO	221.719,80
40	8125032	ANDRES VARGAS ALVAREZ	2467	29/04/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
41	20181495	MARILUZ MORENO DE BEDOYA	2502	29/04/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
42	22129512	NOELIA DEL SOCORRO GALVIS DE VASCO	2503	29/04/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
43	32285102	NORA ELENA PEÑA QUINTERO	2505	29/04/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
44	32313686	ALBA LUCIA ISAZA DE ZULUAGA	2463	29/04/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
45	32345277	CLARA OFELIA ZULUAGA DE POSADA	2474	29/04/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
46	32439844	MARIA CRISTINA CARDONA	2496	29/04/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
47	32460218	ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ	2482	29/04/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
48	43973139	CRISTINA ZULETA URIBE	2476	29/04/2026	BPAP SENCILLO	221.719,80
49	1152700276	LUISA FERNANDA CASTAÑO LONDOÑO	2485	29/04/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
50	21352568	LUZMILA HENAO DE CARDONA	2508	29/04/2026	ALQUILER CAMA HOSPITALARIA MANUAL CON BARANDAS 3(TRES) NIVELES	109.402,84

						Versión: 02 Código: GTH-F-009
Proceso Gestión del Talento Humano						
Formato Relación de Servicios Prestados - SMA						
No.	**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**	**NOMBRE DEL PACIENTE**	**ORDEN DE ATENCION No.**	**FECHA DE LA ORDEN**	**SERVICIO PRESTADO**	**VALOR FACTURADO**
51	21822509	BERTHA OLIVIA GALLEGO NOREÑA	3436	01/06/2026	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	149.680,00
52	21822509	BERTHA OLIVIA GALLEGO NOREÑA	3438	01/06/2026	ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTATIL 1.5 M3(PERMANENTE) CON CARRO TRANSPORTADOR	67.956,14
53	21362649	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	3414	01/06/2026	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	149.680,00
54	21362649	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	3413	01/06/2026	ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTATIL 1.5 M3(PERMANENTE) CON CARRO TRANSPORTADOR	67.956,14
55	21362649	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	3416	01/06/2026	EL REGULADOR AHORRADOR CONSERVADOR DE OXIGENO ES UN INSTRUMENTO QUE CUMPLEMENTA EL CILINDRO DE OXIGENO O BALA DE OXIGENO PORTATIL Y LE PERMITE AL PACIENTE ADMINISTRAR LA SALIDA DEL GAS CON EL FIN DE ECONOMIZAR ELCONSUMO DEL MISMO, YA QUE GRACIAS A SU TECNOLOGIA SOLO SE SUMINISTA OXIGENO CUANDO LA PERSONA INHALA, ES DECIR, REGULA EL OXIGENO POR PULSO.	67.897,64
56	21859157	MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE	3422	01/06/2026	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	149.680,00
57	21859157	MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE	3424	01/06/2026	ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTATIL 1.5 M3(PERMANENTE) CON CARRO TRANSPORTADOR	67.956,14

						Versión: 02 Código: GTH-F-009
Proceso Gestión del Talento Humano						
Formato Relación de Servicios Prestados - SMA						
No.	**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**	**NOMBRE DEL PACIENTE**	**ORDEN DE ATENCION No.**	**FECHA DE LA ORDEN**	**SERVICIO PRESTADO**	**VALOR FACTURADO**
58	42968866	BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA	3390	01/06/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00
59	610703	CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO	3391	01/06/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00
60	32460218	ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ	3395	01/06/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00
61	26523078	JOSEFINA CLAVIJO DE BARRAGAN	3403	01/06/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00
62	32467499	LUZ ESTELLA GIL PEÑA	3411	01/06/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00

						Versión: 02 Código: GTH-F-009
Proceso Gestión del Talento Humano						
Formato Relación de Servicios Prestados - SMA						
No.	**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**	**NOMBRE DEL PACIENTE**	**ORDEN DE ATENCION No.**	**FECHA DE LA ORDEN**	**SERVICIO PRESTADO**	**VALOR FACTURADO**
63	21363624	MARIA LADY MARGUEVITTE LOPEZ	3435	01/06/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00
64	656957	ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ	3386	01/06/2026	BPAP SENCILLO	221.719,80
65	8125032	ANDRES VARGAS ALVAREZ	3388	01/06/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
66	20181495	MARILUZ MORENO DE BEDOYA	3426	01/06/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
67	22129512	NOELIA DEL SOCORRO GALVIS DE VASCO	3428	01/06/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
68	32285102	NORA ELENA PEÑA QUINTERO	3433	01/06/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
69	32313686	ALBA LUCIA ISAZA DE ZULUAGA	3382	01/06/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
70	32345277	CLARA OFELIA ZULUAGA DE POSADA	3393	01/06/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
71	32439844	MARIA CRISTINA CARDONA	3418	01/06/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
72	32460218	ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ	3396	01/06/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
73	43973139	CRISTINA ZULETA URIBE	3394	01/06/2026	BPAP SENCILLO	221.719,80
74	1152700276	LUISA FERNANDA CASTAÑO LONDOÑO	3408	01/06/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
75	43593007	ANATILDE SANCHEZ RESTREPO	3679	25/06/2026	MEDIA 15-20 A LA RODILLA TALLA S ARENA	53.183,67
76	21393127	MARIA RUTH LONDOÑO DE FRANCO	2353	17/06/2026	MEDIA 15-20 A LA RODILLA TALLA M NEGRA	53.183,67
77	21822509	BERTHA OLIVIA GALLEGO NOREÑA	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	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	149.680,00

						Versión: 02 Código: GTH-F-009
Proceso Gestión del Talento Humano						
Formato Relación de Servicios Prestados - SMA						
No.	**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**	**NOMBRE DEL PACIENTE**	**ORDEN DE ATENCION No.**	**FECHA DE LA ORDEN**	**SERVICIO PRESTADO**	**VALOR FACTURADO**
78	21822509	BERTHA OLIVIA GALLEGO NOREÑA	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTATIL 1.5 M3(PERMANENTE) CON CARRO TRANSPORTADOR	67.956,14
79	21362649	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	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	149.680,00
80	21362649	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTATIL 1.5 M3(PERMANENTE) CON CARRO TRANSPORTADOR	67.956,14
81	21362649	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	EL REGULADOR AHORRADOR CONSERVADOR DE OXIGENO ES UN INSTRUMENTO QUE CUMPLEMENTA EL CILINDRO DE OXIGENO O BALA DE OXIGENO PORTATIL Y LE PERMITE AL PACIENTE ADMINISTRAR LA SALIDA DEL GAS CON EL FIN DE ECONOMIZAR ELCONSUMO DEL MISMO, YA QUE GRACIAS A SU TECNOLOGIA SOLO SE SUMINISTA OXIGENO CUANDO LA PERSONA INHALA, ES DECIR, REGULA EL OXIGENO POR PULSO.	67.896,64
82	21859157	MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	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	149.680,00
83	21859157	MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTATIL 1.5 M3(PERMANENTE) CON CARRO TRANSPORTADOR	67.956,14

	Versión: 02
	Código: GTH-F-009

Proceso Gestión del Talento Humano

Formato Relación de Servicios Prestados - SMA

No.	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	NOMBRE DEL PACIENTE	ORDEN DE ATENCION No.	FECHA DE LA ORDEN	SERVICIO PRESTADO	VALOR FACTURADO
84	42968866	BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00
85	610703	CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00
86	32460218	ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00
87	26523078	JOSEFINA CLAVIJO DE BARRAGAN	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00
88	21363624	MARIA LADY MARGUEVITTE LOPEZ	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00

						Versión: 02
						Código: GTH-F-009
Proceso Gestión del Talento Humano						
Formato Relación de Servicios Prestados - SMA						
No.	**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**	**NOMBRE DEL PACIENTE**	**ORDEN DE ATENCION No.**	**FECHA DE LA ORDEN**	**SERVICIO PRESTADO**	**VALOR FACTURADO**
89	656957	ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	BPAP SENCILLO	221.719,80
90	8125032	ANDRES VARGAS ALVAREZ	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
91	20181495	MARILUZ MORENO DE BEDOYA	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
92	22129512	NOELIA DEL SOCORRO GALVIS DE VASCO	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
93	32285102	NORA ELENA PEÑA QUINTERO	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
94	32313686	ALBA LUCIA ISAZA DE ZULUAGA	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
95	32345277	CLARA OFELIA ZULUAGA DE POSADA	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
96	32439844	MARIA CRISTINA CARDONA	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
97	32460218	ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
98	43973139	CRISTINA ZULETA URIBE	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	BPAP SENCILLO	221.719,80

						Versión: 02
						Código: GTH-F-009
Proceso Gestión del Talento Humano						
Formato Relación de Servicios Prestados - SMA						
No.	**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**	**NOMBRE DEL PACIENTE**	**ORDEN DE ATENCION No.**	**FECHA DE LA ORDEN**	**SERVICIO PRESTADO**	**VALOR FACTURADO**
99	1152700276	LUISA FERNANDA CASTAÑO LONDOÑO	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/07/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
100	3510338	LUIS GABRIEL CORREA VELEZ	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	28/07/2026	SERVICIO DE ALQUILER DE SUCCIONADOR ELECTRICO	15.531,88
101	32416797	ROCIO VALENCIA DE TABARES	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	29/07/2026	CAMINADOR ORTOPEDICO PASO A PASO FIJO PLEGABLE EN ALUMINIO	114.376,00
102	32448564	MARIA LUCELLY HERNANDEZ DE ECHEVERRI	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	31/07/2026	MEDIAS COMPRESION GRADIENTE 15-20 MMHG HASTA LA RODILLA CON PUNTERA	53.184,67
103	32521818	PIEDAD NORA CADAVID	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	31/07/2026	CPAP SENCILLO	96.475,87
104	21822509	BERTHA OLIVIA GALLEGO NOREÑA	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	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	149.680,00
105	21822509	BERTHA OLIVIA GALLEGO NOREÑA	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTATIL 1.5 M3(PERMANENTE) CON CARRO TRANSPORTADOR	67.956,14
106	21362649	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	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	149.680,00

						Versión: 02 Código: GTH-F-009
Proceso Gestión del Talento Humano						
Formato Relación de Servicios Prestados - SMA						
No.	**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**	**NOMBRE DEL PACIENTE**	**ORDEN DE ATENCION No.**	**FECHA DE LA ORDEN**	**SERVICIO PRESTADO**	**VALOR FACTURADO**
107	21362649	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTATIL 1.5 M3(PERMANENTE) CON CARRO TRANSPORTADOR	67.956,14
108	21362649	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	EL REGULADOR AHORRADOR CONSERVADOR DE OXIGENO ES UN INSTRUMENTO QUE CUMPLEMENTA EL CILINDRO DE OXIGENO O BALA DE OXIGENO PORTATIL Y LE PERMITE AL PACIENTE ADMINISTRAR LA SALIDA DEL GAS CON EL FIN DE ECONOMIZAR ELCONSUMO DEL MISMO, YA QUE GRACIAS A SU TECNOLOGIA SOLO SE SUMINISTA OXIGENO CUANDO LA PERSONA INHALA, ES DECIR, REGULA EL OXIGENO POR PULSO.	67.896,64
109	21859157	MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	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	149.680,00
110	21859157	MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTATIL 1.5 M3(PERMANENTE) CON CARRO TRANSPORTADOR	67.956,14
111	42968866	BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00
112	610703	CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00

						Versión: 02 Código: GTH-F-009
Proceso Gestión del Talento Humano						
Formato Relación de Servicios Prestados - SMA						
No.	**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**	**NOMBRE DEL PACIENTE**	**ORDEN DE ATENCION No.**	**FECHA DE LA ORDEN**	**SERVICIO PRESTADO**	**VALOR FACTURADO**
113	32460218	ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00
114	26523078	JOSEFINA CLAVIJO DE BARRAGAN	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00
115	21363624	MARIA LADY MARGUEVITTE LOPEZ	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	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(72 HORAS A DEMANDA) Y DEMAS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	129.747,00
116	656957	ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	BPAP SENCILLO	221.719,80
117	8125032	ANDRES VARGAS ALVAREZ	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
118	20181495	MARILUZ MORENO DE BEDOYA	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
119	22129512	NOELIA DEL SOCORRO GALVIS DE VASCO	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57

						Versión: 02 Código: GTH-F-009
Proceso Gestión del Talento Humano						
Formato Relación de Servicios Prestados - SMA						
No.	**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**	**NOMBRE DEL PACIENTE**	**ORDEN DE ATENCION No.**	**FECHA DE LA ORDEN**	**SERVICIO PRESTADO**	**VALOR FACTURADO**
120	32285102	NORA ELENA PEÑA QUINTERO	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
121	32313686	ALBA LUCIA ISAZA DE ZULUAGA	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
122	32345277	CLARA OFELIA ZULUAGA DE POSADA	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
123	32439844	MARIA CRISTINA CARDONA	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
124	32460218	ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
125	43973139	CRISTINA ZULETA URIBE	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	BPAP SENCILLO	221.719,80
126	1152700276	LUISA FERNANDA CASTAÑO LONDOÑO	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
127	32521818	PIEDAD NORA CADAVID	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	CPAP SENCILLO	152.322,57
128	3510338	LUIS GABRIEL CORREA VELEZ	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	01/08/2026	SERVICIO ALQUILER SUCCIONADOR ELECTRICO	116.501,00
129	3626777	PEDRO ANTONIO VASCO OBANDO	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	20/08/2026	SERVICIO DE ALQUILER DE SUCCIONADOR ELECTRICO	51.289,00

	Versión: 02
	Código: GTH-F-009

Proceso Gestión del Talento Humano

Formato Relación de Servicios Prestados - SMA

No.	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	NOMBRE DEL PACIENTE	ORDEN DE ATENCION No.	FECHA DE LA ORDEN	SERVICIO PRESTADO	VALOR FACTURADO
130	32507934	LUZ ELENA ESTRADA TORRES	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	28/08/2026	MEDIAS COMPRESION GRADIENTE 15-20 MMHG HASTA LA RODILLA CON PUNTERA	53.184,67
131	32507934	LUZ ELENA ESTRADA TORRES	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	28/08/2026	MUÑEQUERA FERULA PULGAR TALLA S/M	33.600,00
132	21416343	ESTHER JULIA HENAO DE ARANGO	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	18/08/2026	MEDIAS COMPRESION GRADIENTE 15-20 MMHG HASTA LA RODILLA CON PUNTERA	53.184,67
133	32469954	MARIA AMPARO ARROYAVE BARRIENTOS	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	06/08/2026	MEDIAS COMPRESION GRADIENTE 15-20 MMHG HASTA LA RODILLA CON PUNTERA	53.184,67
					TOTAL	15.273.234,86

Contratante Servicio Médico Asistencial - SENA - Regional ANTIOQUIA

Contratista 103011 -OXISALUD S.A.S - 811.013.645

Impreso para Relación 22/09/2026

Cuenta Cobro	Nro. Factura	Fecha Factura	Valor sin 4.0x1000	(-Glosas)	Valor 4.0x1000	Valor Avalado	Fecha de Aval	Observación
1	OXIG439	25/06/2026	1.053.396,52	-	-	1.053.396,52	22/09/2026	Sin glosa
2	OXIG440	30/06/2026	3.639.291,63	-	-	3.639.291,63	22/09/2026	Sin glosa
3	OXIG546	10/09/2026	3.313.640,79	-	-	3.313.640,79	22/09/2026	Sin glosa
4	FREH219	9/07/2026	106.369,34	-	-	106.369,34	22/09/2026	Sin glosa
5	NCOO0024	21/07/2026	- 2,00	-	-	- 2,00	22/09/2026	Sin glosa
6	NCRO0035	21/07/2026	- 8,00	-	-	- 8,00	22/09/2026	Sin glosa
7	NCRO0036	21/07/2026	- 8,00	-	-	- 8,00	22/09/2026	Sin glosa
8	NCRO0037	21/07/2026	- 47,00	-	-	- 47,00	22/09/2026	Sin glosa
9	OXIG506	19/08/2026	3.183.893,79	-	-	3.183.893,79	22/09/2026	Sin glosa
10	FREH246	18/09/2026	279.569,42	-	-	279.569,42	22/09/2026	Sin glosa
11	NCOO0027	24/08/2026	- 6,00	-	-	- 6,00	22/09/2026	Sin glosa
12	NCRO0041	24/08/2026	- 8,00	-	-	- 8,00	22/09/2026	Sin glosa
13	OXIG552	15/09/2026	3.452.718,36	-	-	3.452.718,36	22/09/2026	Sin glosa
14	FREH266	15/09/2026	244.443,01	-	-	244.443,01	22/09/2026	Sin glosa
15	NCOO0030	21/09/2026	- 2,00	-	-	- 2,00	22/09/2026	Sin glosa
16	NCOO0031		- 7,00	-	-	- 7,00	22/09/2026	Sin glosa
		Totales	15.273.234,86	-	-	15.273.234,86		

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

Luis German Henao Maya

Medico Auditor

Impreso: 2026-04-22

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2332

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - OXIGENO

HC: 21822509

Favor atender por nuestra cuenta a GALLEGO NOREÑA BERTA OLIVA identificado con el carne 70812938-A Madre-Padre de CORREA GALLEGO RUBEN DARIO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

Cánula % Litros por minuto:3 Número de horas al día que lo requiere: 24 Tiempo que lo requiere: 6 meses Requiere pipeta portátil para el egreso: SI
Requiere pipeta portátil permanente

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

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

Yainis Castro B.
Médico/Odontólogo Asesor

+ Olga gallego
Recibido a Satisfacción C.C. 21822509

creada por: dicsalazar

Impreso: 2026-04-22

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro. 2322

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 21362649

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DEL 21 DE ABRIL A EL 30 DE ABRIL DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 70093780

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-22

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2320

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3

HC: 21362649

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

D E S C R I P C I Ó N

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

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

ALQUILER DE CILINDRO PORTATIL ADICIONAL
ORDEN VALIDA DEL 21 DE ABRIL A EL 30 DE ABRIL DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 70083783

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-22

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2324

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
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

REGULADOR AHORRADOR
ORDEN VALIDA DEL 21 DE ABRIL A EL 30 DE ABRIL DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 70 093780

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-22

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2288

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 42968866

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

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 DEL 21 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Beatriz Elena Bermudez T

Recibido a Satisfacción C.C. 42968866

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-22

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2290

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 610703

Favor atender por nuestra cuenta a SIERRA RENGIFO CARLOS ARTURO identificado con el carne 98579394-B Madre-Padre de SIERRA GARCIA RUBEN 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

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DEL 21 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Mónica Tejada B 21'428.681

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-22

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2299

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 32460218

Favor atender por nuestra cuenta a OSSA DE GOMEZ ESTHER SOFIA identificado con el carne 43090277-A Madre-Padre de GOMEZ OSSA CARMEN IRENE 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 DEL 21 DE ABRIL A EL 30 DE ABRIL DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Ester Sofia Ossa 32460218

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-22

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro. : 2304

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 26523078

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

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 DEL 21 DE ABRIL A EL 30 DE ABRIL DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Ana Jacqueline Barragan C

Recibido a Satisfacción C.C. 36.[illegible].912.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-22

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2316

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 32467499

Favor atender por nuestra cuenta a GIL PEÑA LUZ ESTELLA identificado con el carne 70041537-C Conyuge de ARIAS OROZCO IGNACIO 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 DEL 21 DE ABRIL A EL 30 DE ABRIL DEL 2026

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

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

Jainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

IGNACIO ARIAS GIL 8032772

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-23

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2355

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 21352568

Favor atender por nuestra cuenta a HENAO DE CARDONA LUZMILA identificado con el carne 71530595-A Madre-Padre de CARDONA HENAO RICARDO ALBERTO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DESDE EL 23 DE ABRIL AL DE 30 ABRIL DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 71530595

creada por: dicsalazar

Impreso: 2026-04-22

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2344

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 21363624

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA DEL 21 DE ABRIL A EL 30 DE ABRIL DEL 2026

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

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

Jainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 8299367

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-22

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2286

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - BPAP SENCILLO

HC: 656957

Favor atender por nuestra cuenta a CIFUENTES PEREZ ALFONSO DE JESUS identificado con el carne 51703092-B Madre-Padre de CIFUENTES MAYA OLGA LUCIA Funcionario del SENA.

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 DEL 21 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 1192737716.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-22

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2287

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 8125032

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

CPAP STANDAR - ALQUILER
ORDEN VALIDA DEL 21 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 32460019

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-22

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro: 2340

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 20181495

Favor atender por nuestra cuenta a MORENO DE BEDOYA MARY LUZ identificado con el carne 2862511-C Conyuge de BEDOYA PULGARIN GABRIEL DARIO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

CPAP AUTOMATICO
ORDEN VALIDA DEL 21 DE ABRIL A EL 30 DE ABRIL DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Mary L. de Bedoya

Recibido a Satisfacción C.C. 20181495

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-22

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2341

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 22129512

Favor atender por nuestra cuenta a GALVIS DE VASCO NOELIA DEL SOCORRO identificado con el carne 1045048309-A Madre-Padre de VASCO GALVIS JOHN DAIRO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

CPAP AUTOMATICO
ORDEN VALIDA DEL 21 DE ABRIL A EL 30 DE ABRIL DEL 2026

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

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

L. Jainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Noelia Galvis 22.929.512

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-22

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2343

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 32285102

Favor atender por nuestra cuenta a PEÑA QUINTERO NORA ELENA identificado con el carne 70044832-C Conyuge de COLORADO ALVAREZ WILMAR ANTONIO 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 AUTOMATICO
ORDEN VALIDA DEL 21 DE ABRIL A EL 30 DE ABRIL DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Nora Elena Pena

Recibido a Satisfacción C.C 32285102

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-22

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro. : 2289

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 32313686

Favor atender por nuestra cuenta a ISAZA DE ZULUAGA ALBA LUCIA identificado con el carne 8314905-C Conyuge de ZULUAGA ARCILA JAIME ALIRIO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

CPAP STANDAR - ALQUILER
ORDEN VALIDA DEL 21 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción

8314905 C.C.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-22

Servicio Médico Asistencial - SENA

Regional: ANTIOQUIA

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2292

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Direccion:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Telefono(s):	3448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 32345277

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

CPAP STANDAR - ALQUILER
ORDEN VALIDA DEL 21 DE ABRIL A EL 30 DE ABRIL DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

Creada por: Software

Impreso: 2026-04-22

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2333

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 32439844

Favor atender por nuestra cuenta a CARDONA MACIAS MARIA CRISTINA identificado con el carne 17047959-C Conyuge de NARVAEZ BURBANO GUILLERMO RAUL Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

CPAP AUTOMATICO
ORDEN VALIDA DEL 21 DE ABRIL A EL 30 DE ABRIL DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 32'439.844

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-22

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2302

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 32460218

Favor atender por nuestra cuenta a OSSA DE GOMEZ ESTHER SOFIA identificado con el carne 43090277-A Madre-Padre de GOMEZ OSSA CARMEN IRENE Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

CPAP STANDAR - ALQUILER
ORDEN VALIDA DEL 21 DE ABRIL A EL 30 DE ABRIL DEL 2026

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

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

Jainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Ester Sofia Ossa 32460218

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-22

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro. : 2296

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - BPAP SENCILLO

HC: 43973139

Favor atender por nuestra cuenta a ZULETA URIBE CRISTINA identificado con el carne 43045194-E Hijo de URIBE ECHAVARRIA LUZ DARY Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

BPAP AUTOMATICO - ALQUILER
ORDEN VALIDA DEL 21 DE ABRIL A EL 30 DE ABRIL DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Luz Dary Uribe

Recibido a Satisfacción C.C. 43045794

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-22

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

ORDEN DE ATENCI ÓNNro. : 2312

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 1152700276

Favor atender por nuestra cuenta a CASTANO LONDONO LUISA FERNANDA identificado con el carne 3452044-F Hijo de CASTAÑO LOPEZ ORLANDO 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

CPAP STANDAR - ALQUILER
ORDEN VALIDA DEL 21 DE ABRIL A EL 30 DE ABRIL DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Gabriela Londoño O.

Recibido a Satisfacción C.C. 32016002

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-23

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2356

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CAMA HOSPITALARIA MANUAL BARANDAS .ALQ

HC: 21352568

Favor atender por nuestra cuenta a HENAO DE CARDONA LUZMILA identificado con el carne 71530595-A Madre-Padre de CARDONA HENAO RICARDO ALBERTO 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 DESDE EL 23 DE ABRIL AL DE 30 ABRIL DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

71530595
Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: dicsalazar

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2509

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 21822509

Favor atender por nuestra cuenta a GALLEGO NOREÑA BERTA OLIVA identificado con el carne 70812938-A Madre-Padre de CORREA GALLEGO RUBEN DARIO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 21822509

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2510

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3

HC: 21822509

Favor atender por nuestra cuenta a GALLEGO NOREÑA BERTA OLIVA identificado con el carne 70812938-A Madre-Padre de CORREA GALLEGO RUBEN DARIO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

CILINDRO PORTATIL ADICIONAL
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 21822509

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2491

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 21362649

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 70083180

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2489

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3

HC: 21362649

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

CILINDRO PORTATIL ADICIONAL
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 70083180

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2493

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
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

REGULADOR AHORRADOR
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 70093780

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2500

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 21859157

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jaohenaoa

Impreso: 2026-04-29

Servicio Médico Asistencial - SENA — Regional: ANTIOQUIA

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2501

Asento:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3

HC: 21659197

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

CILINDRO PORTATIL ADICIONAL
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Jaimis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jaabenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2470

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 42968866

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

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 - SUMINISTRO OXIGENO
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 42968966

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2472

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 610703

Favor atender por nuestra cuenta a SIERRA RENGIFO CARLOS ARTURO identificado con el carne 98579394-B Madre-Padre de SIERRA GARCIA RUBEN DARIO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Mairivea Tejada B 21'128681

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2480

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 32460218

Favor atender por nuestra cuenta a OSSA DE GOMEZ ESTHER SOFIA identificado con el carne 43090277-A Madre-Padre de GOMEZ OSSA CARMEN IRENE Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Jairis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Ester Sofia Ossa 32460219

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2483

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 26523078

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 36,379,912.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2488

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 32467499

Favor atender por nuestra cuenta a GIL PEÑA LUZ ESTELLA identificado con el carne 70041537-C Conyuge de ARIAS OROZCO IGNACIO DE JESUS Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

IGNACIO ARIAS GIL 8032772

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2507

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 21352568

Favor atender por nuestra cuenta a HENAO DE CARDONA LUZMILA identificado con el carne 71530595-A Madre-Padre de CARDONA HENAO RICARDO ALBERTO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 71530595

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2497

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 22049359

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 22.052.218

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2506

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 21363624

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 8299367

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2464

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - BPAP SENCILLO

HC: 656957

Favor atender por nuestra cuenta a CIFUENTES PEREZ ALFONSO DE JESUS identificado con el carne 51703092-B Madre-Padre de CIFUENTES MAYA OLGA LUCIA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

BPAP AUTOMATICO - ALQUILER
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 1192739716

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2467

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 8125032

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

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 AUTOMATICO
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 32460019

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2502

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 20181495

Favor atender por nuestra cuenta a MORENO DE BEDOYA MARY LUZ identificado con el carne 2862511-C Conyuge de BEDOYA PULGARIN GABRIEL DARIO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

CPAP AUTOMATICO
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Mary L. de Bedoya

Recibido a Satisfacción C.C. 20181495

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2503

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 22129512

Favor atender por nuestra cuenta a GALVIS DE VASCO NOELIA DEL SOCORRO identificado con el carne 1045048309-A Madre-Padre de VASCO GALVIS JOHN DAIRO Funcionario del SENA.

D E S C R I P C I Ó N

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

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

CPAP AUTOMATICO
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Noelia Galvis 22129512.

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2505

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 32285102

Favor atender por nuestra cuenta a PEÑA QUINTERO NORA ELENA identificado con el carne 70044832-C Conyuge de COLORADO ALVAREZ WILMAR ANTONIO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

CPAP-AUTOMATICO
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Nora Elena Peña

Recibido a Satisfacción C.C. 32 285 102

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2463

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 32313686

Favor atender por nuestra cuenta a ISAZA DE ZULUAGA ALBA LUCIA identificado con el carne 8314905-C Conyuge de ZULUAGA ARCILA JAIME ALIRIO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

CPAP STANDAR - ALQUILER
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Jainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción

8314905

C.C.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2474

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 32345277

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

CPAP AUTOMATICO
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jaaheraaa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2496

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 32439844

Favor atender por nuestra cuenta a CARDONA MACIAS MARIA CRISTINA identificado con el carne 17047959-C Conyuge de NARVAEZ BURBANO GUILLERMO RAUL Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

CPAP AUTOMATICO
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 32'439.844

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2482

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 32460218

Favor atender por nuestra cuenta a OSSA DE GOMEZ ESTHER SOFIA identificado con el carne 43090277-A Madre-Padre de GOMEZ OSSA CARMEN IRENE Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

CPAP AUTOMATICO
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Jainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Esther Sofia Ossa 32460218

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2476

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - BPAP SENCILLO

HC: 43973139

Favor atender por nuestra cuenta a ZULETA URIBE CRISTINA identificado con el carne 43045194-E Hijo de URIBE ECHAVARRIA LUZ DARY Funcionario del SENA.

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
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Luz Dary Uribe

Recibido a Satisfacción C.C. 43045194

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2485

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 1152700276

Favor atender por nuestra cuenta a CASTANO LONDONO LUISA FERNANDA identificado con el carne 3452044-F Hijo de CASTAÑO LOPEZ ORLANDO DE JESUS Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

CPAP-AUTOMATICO
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 32016002

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-29

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2508

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CAMA HOSPITALARIA MANUAL BARANDAS .ALQ

HC: 21352568

Favor atender por nuestra cuenta a HENAO DE CARDONA LUZMILA identificado con el carne 71530595-A Madre-Padre de CARDONA HENAO RICARDO ALBERTO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

ALQUILER CAMA HOSPITALARIA MANUAL CON BARANDA 3 (TRES) NIVELES
ORDEN VALIDA DEL 1 DE MAYO A EL 31 DE MAYO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 71530595

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3436

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 21822509

Favor atender por nuestra cuenta a GALLEGO NOREÑA BERTA OLIVA identificado con el carne 70812938-A Madre-Padre de CORREA GALLEGO RUBEN DARIO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA EL MES DE JUNIO DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 21822609

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3438

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3

HC: 21822509

Favor atender por nuestra cuenta a GALLEGO NOREÑA BERTA OLIVA identificado con el carne 70812938-A Madre-Padre de CORREA GALLEGO RUBEN DARIO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

ALQUILER DE CILINDRO PORTATIL ADICIONAL
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JUNIO DEL 2026

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

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

Jainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Olga Gallego

Recibido a Satisfacción C.C. 21822609

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3414

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 21362649

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA EL MES DE JUNIO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 70083780

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3413

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3

HC: 21362649

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

ALQUILER DE CILINDRO PORTATIL ADICIONAL
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JUNIO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 70083780

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3416

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
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

REGULADOR AHORRADOR
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JUNIO DEL 202

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 70083780

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3422

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 21859157

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA EL MES DE JUNIO DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3424

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3

HC: 21859157

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

ALQUILER DE CILINDRO PORTATIL ADICIONAL
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JUNIO DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3390

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 42968866

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA EL MES DE JUNIO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 42968966

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3391

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 610703

Favor atender por nuestra cuenta a SIERRA RENGIFO CARLOS ARTURO identificado con el carne 98579394-B Madre-Padre de SIERRA GARCIA RUBEN DARIO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA EL MES DEJUNIO DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Mónica Tejada B 21'428681

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3395

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 32460218

Favor atender por nuestra cuenta a OSSA DE GOMEZ ESTHER SOFIA identificado con el carne 43090277-A Madre-Padre de GOMEZ OSSA CARMEN IRENE Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA EL MES DE JUNIO DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Ester Sofia Ossa 32460219

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3403

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 26523078

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA EL MES DE JUNIO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 36379912

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3411

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 32467499

Favor atender por nuestra cuenta a GIL PEÑA LUZ ESTELLA identificado con el carne 70041537-C Conyuge de ARIAS OROZCO IGNACIO 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 EL MES DE JUNIO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

IGNACIO ARIAS GIL 8032772

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3435

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

HC: 21363624

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL
ORDEN VALIDA EL MES DE JUNIO DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 8299367

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3386

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - BPAP SENCILLO

HC: 656957

Favor atender por nuestra cuenta a CIFUENTES PEREZ ALFONSO DE JESUS identificado con el carne 51703092-B Madre-Padre de CIFUENTES MAYA OLGA LUCIA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

BPAP AUTOMATICO - ALQUILER
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JUNIO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 1192737716

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3388

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 8125032

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

CPAP STANDAR - ALQUILER
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JUNIO DEL 2026

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

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

Jainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 32460019

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3426

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 20181495

Favor atender por nuestra cuenta a MORENO DE BEDOYA MARY LUZ identificado con el carne 2862511-C Conyuge de BEDOYA PULGARIN GABRIEL DARIO Funcionario del SENA.

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 JUNIO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C 20181495

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3428

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 22129512

Favor atender por nuestra cuenta a GALVIS DE VASCO NOELIA DEL SOCORRO identificado con el carne 1045048309-A Madre-Padre de VASCO GALVIS JOHN DAIRO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

CPAP STANDAR - ALQUILER
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JUNIO DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Noelia Galvis 22129512

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3433

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 32285102

Favor atender por nuestra cuenta a PEÑA QUINTERO NORA ELENA identificado con el carne 70044832-C Conyuge de COLORADO ALVAREZ WILMAR ANTONIO 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 JUNIO DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Nora Elena Peña

Recibido a Satisfacción C.C. 32 285102

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3382

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 32313686

Favor atender por nuestra cuenta a ISAZA DE ZULUAGA ALBA LUCIA identificado con el carne 8314905-C Conyuge de ZULUAGA ARCILA JAIME ALIRIO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

CPAP STANDAR - ALQUILER
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JUNIO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 8314905

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3393

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 32345277

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

DESCRIPCIÓN

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

OBSERVACIONES

CPAP STANDAR - ALQUILER
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JUNIO DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3418

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 32439844

Favor atender por nuestra cuenta a CARDONA MACIAS MARIA CRISTINA identificado con el carne 17047959-C Conyuge de NARVAEZ BURBANO GUILLERMO RAUL Funcionario del SENA.

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 JUNIO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 32'439.844

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3396

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 32460218

Favor atender por nuestra cuenta a OSSA DE GOMEZ ESTHER SOFIA identificado con el carne 43090277-A Madre-Padre de GOMEZ OSSA CARMEN IRENE 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 JUNIO DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Ester Sofia Ossa 32460219

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3394

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - BPAP SENCILLO

HC: 43973139

Favor atender por nuestra cuenta a ZULETA URIBE CRISTINA identificado con el carne 43045194-E Hijo de URIBE ECHAVARRIA LUZ DARY Funcionario del SENA.

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 JUNIO DEL 2026

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

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

Yainis Castro B.

Médico/Odontólogo Asesor

Luz Dary Uribe

Recibido a Satisfacción C.C. 43045194

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-06-01

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3408

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - CPAP SENCILLO

HC: 1152700276

Favor atender por nuestra cuenta a CASTANO LONDONO LUISA FERNANDA identificado con el carne 3452044-F Hijo de CASTAÑO LOPEZ ORLANDO DE JESUS 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 JUNIO DEL 2026

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 32016002

creada por: jaahenaoa

Impreso: 2026-04-23

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro : 2353

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - MEDIAS COMPRESIÓN 15-20 MMHG RODILLAS

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	53184	53184

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: dicsalazar

Impreso: 2026-04-23

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro : 2353

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - MEDIAS COMPRESIÓN 15-20 MMHG RODILLAS

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	53184	53184

OBSERVACIONES

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

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: dicsalazar

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública ☐ **Pública Clasificada** ☒ **Pública Reservada** ☐

PACIENTE: ALBA LUCIA ISAZA DE ZULUAGA CC.32313686

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO		CARNE No.	Familiar de
69	M	F ☒	8314905	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

CPAP STANDAR - ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

Alba Isaza

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública ☐ **Pública Clasificada** ☒ **Pública Reservada** ☐

PACIENTE **ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ** CC.656957

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO	CARNE No.	Familiar de
91	F ☐ M ☒	51703092	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

BPAP AUTOMATICO - ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	x	**Pública Reservada**	

PACIENTE	ANDRES VARGAS ALVAREZ	CC.8125032

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO	CARNE No.	Familiar de
51	F ☐ M X	8291272	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

CPAP STANDAR - ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

Omaira Alvarez M.

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	x	**Pública Reservada**	

PACIENTE	BERMUDEZ TABORDA BEATRIZ ELENA	CC.42968866

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO	CARNE No.	Familiar de
67	F: **X** M:	15424403	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	x	Pública Reservada	

PACIENTE	GALLEGO NOREÑA BERTA OLIVA	21822509	Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO F	SEXO M	CARNE No.	Familiar de
77	x		70812938	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

ALQUILER DE CILINDRO PORTATIL ADICIONAL

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

Diana C Cano Y
42 732 774

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12
Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	x	Pública Reservada	

PACIENTE	GALLEGO NOREÑA BERTA OLIVA	21822509	Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO F	SEXO M	CARNE No.	Familiar de
77	x		70812938	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL, CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

Diana C Correa Y
42 732 774

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12
Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	X	**Pública Reservada**	

PACIENTE	CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO	CC.610703

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO	CARNE No.	Familiar de
91	F ☐ M X	98579394	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, CILINDRO OXIGENO DE TRANSPORTE

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

Juan Pablo Sierra
1026476851

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12
Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	x	Pública Reservada	

PACIENTE	CLARA OFELIA ZULUAGA DE POSADA	32345277	Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO F	SEXO M	CARNE No.	Familiar de
74	x		43562551	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

CPAP STANDAR - ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12
Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	x	**Pública Reservada**	

PACIENTE	CRISTINA ZULETA URIBE	43973139

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO	CARNE No.	Familiar de
42	F: x M:	43045194	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

BPAP AUTOMATICO - ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

Luz Doryle

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

Versión: 02
Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	x	Pública Reservada	

PACIENTE	ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ	32460218	Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO F	SEXO M	CARNE No.	Familiar de
83	x		43090277	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

CPAP STANDAR - ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12
Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	x	**Pública Reservada**	

PACIENTE	ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ	32460218	Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO	CARNE No.	Familiar de
83	F: **x** M:	43090277	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
SENA	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	x	Pública Reservada	

PACIENTE	JOSEFINA CLAVIJO DE BARRAGAN	26523078	Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO F	SEXO M	CARNE No.	Familiar de
90	x		12270218	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL, CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista	N/A
Diagnóstico	N/A
Tratamiento	N/A
Recomendaciones	N/A

36374912

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12
Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	x	**Pública Reservada**	

PACIENTE	CASTANO LONDONO LUISA FERNANDA	1152700276

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO	CARNE No.	Familiar de
70	F: **x** M:	3452044	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

CPAP STANDAR - ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

LUISA #DAG

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública ☐ **Pública Clasificada** ☒ **Pública Reservada** ☐

PACIENTE	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJOY	21362649

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO F	SEXO M	CARNE No.	Familiar de
75	x		70119494	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

ALQUILER DE CILINDRO PORTATIL ADICIONAL 1,5 M3

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

CC 1. 700831803

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
SENA	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública ☐ **Pública Clasificada** ☒ **Pública Reservada** ☐

PACIENTE	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJOY	21362649

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO	CARNE No.	Familiar de
87	F: x M:	70119494	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL, CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

70083180

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	x	**Pública Reservada**	

PACIENTE	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJOY	21362649

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO	CARNE No.	Familiar de
87	F: x M:	70119494	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

REGULADOR AHORRADOR

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista	N/A
Diagnóstico	N/A
Tratamiento	N/A
Recomendaciones	N/A

CC 1. 70083180

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	x	**Pública Reservada**	

PACIENTE	MARIA CRISTINA CARDONA MACIAS	32439844

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO	CARNE No.	Familiar de
77	F: x / M:	17047959	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

CPAP STANDAR - ALQUILER	
ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026	

Exámen especialista	N/A
Diagnóstico	N/A
Tratamiento	N/A
Recomendaciones	N/A

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

Versión: 02
Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	x	Pública Reservada	

PACIENTE	MARIA LADY LOPEZ VANEGAS	21363624	Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO F	SEXO M	CARNE No.	Familiar de
85	x		8299367	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL, CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

William Ruiz
829936?

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12
Firma - Registro Médico

	Versión: 02
SENA	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	x	Pública Reservada	

PACIENTE	VELASQUEZ DE MONSALVE MARIA TERESA	21859157	Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO F	SEXO M	CARNE No.	Familiar de
81	x		98501408	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

ALQUILER DE CILINDRO PORTATIL 1,5 M3 ADICIONAL

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

98501408

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12
Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	x	Pública Reservada	

PACIENTE	VELASQUEZ DE MONSALVE MARIA TERESA	21859157	Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO F	SEXO M	CARNE No.	Familiar de
81	x		98501408	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL, CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

98501408

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12
Firma - Registro Médico

Versión: 02
Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	x	Pública Reservada	

PACIENTE	MARILUZ MORENO DE BEDOYA	20181495	Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO F	SEXO M	CARNE No.	Familiar de
87	x		2862511	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

CPAP STANDAR - ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

Marys L de Bedoya

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12
Firma - Registro Médico

Versión: 02
Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	x	**Pública Reservada**	

PACIENTE	NOELIA DEL SOCORRO GALVIS DE VASCO	22129512

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO	CARNE No.	Familiar de
75	F: x / M:	1045048309	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

CPAP STANDAR - ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

John Paiz Vasco C

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

Versión: 02
Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	x	**Pública Reservada**	

PACIENTE	NORA ELENA PEÑA QUINTERO	32285102

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO F	SEXO M	CARNE No.	Familiar de
66	x		70044832	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

CPAP STANDAR - ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

Nora Elena Peña

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	X	**Pública Reservada**	

PACIENTE	CADAVID PIEDAD NORA	32521818

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO	CARNE No.	Familiar de
73	F: X / M:	70114114	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 7/07/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

CPAP STANDAR MASCARA- ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista	N/A
Diagnóstico	N/A
Tratamiento	N/A
Recomendaciones	N/A

Piedad Nora Cadavid

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

Orden No.: 131464825
-747
Visita: -VT-875
Fecha: 28-07-2026 15:06
Conductor: ..JOSE RAMONES

Paciente	**LUIS CORREA (CC: 3510338)**		
Dirección	Carrera 59 No. 27 71 TORRE 2 APTO 1531 UNIDAD AMAZÓNICA **Barrio:** CORDOBA | **Zona:** NORTE 2 | **Ciudad:** BELLO		
Entidad	SENA	**Teléfono**	3197666899 | Cel: 3146188596
Consumo	0 l/min, 24 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA INICIAL - ASPIRADOR
Solicitante	LUIS CORREA	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 3146188596
Categoría	Exonerado	**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
ASPIRADOR - 7978	1
KIT ASPIRADORA - CPMASP009	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Firma Paciente/Cliente



Recibió:
LUIS CORREA
CC: 3510338

Fecha y Hora de Entrega:
28-07-2026 15:06

Nombre y Cédula

SENA

Impreso: 2017-04-12

ervicio Médico Asistencial - SENA

Regional: ANTIOQUIA

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 3491

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4446456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - MEDIAS COMPRESIÓN 15-20 MMHG RODILLAS

HC 32448564

Favor atender por nuestra cuenta a HERNANDEZ DE ECHEVERRI MARIA LUCELLY identificado con el carne 8231293-C Conyuge de ECHEVERRI ARBOLEDA HERNAN Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Zapatos Ortopedicos Y/O Plantillas	1	53184	5318

OBSERVACIONES

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

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Maria Hernandez

Recibido a Satisfacción

C.C. 32448564

creada por : vgonzalezg

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

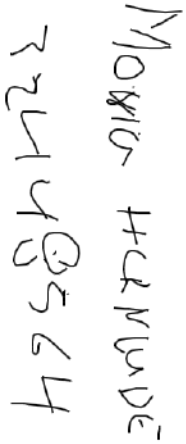
Orden No.: 131465116
-750
Visita: -VT-877
Fecha: 30-07-2026 09:23
Conductor: ..WILSON RIVERA

Paciente	**MARIA HERNANDEZ (CC: 32448564)**		
Dirección	Carrera 27 No. 49 A 55 3 PISO **Barrio:** BUENOS AIRES | **Zona:** ORIENTE 2 | **Ciudad:** MEDELLIN		
Entidad	SENA	**Teléfono**	4953726 | Cel: 3162723086
Consumo	0,015 (1/64) l/min, 24 hrs	**Tipo Orden**	Venta a Domicilio
Solicitante	MARIA HERNANDEZ	**Parentesco**	PACIENTE | Tel: 3162723086
Categoría	Exonerado	**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
MEDIA 15-20 A LA RODILLA TALLA S ARENA - BLAMED004	1
DOMICILIO PRIORITARIO - D.P.1	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Firma Paciente/Cliente



Recibió:
MARIA HERNANDEZ
CC: 32448564

Fecha y Hora de Entrega:
30-07-2026 09:23

Nombre y Cédula

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

Orden No.: 131461104
-740
Visita: -VT-869
Fecha: 11-07-2026 09:06
Encargado:

Paciente	**PIEDAD CADAVID (CC: 32521818)**		
Dirección	Carrera 50 A No. 71 32 barrio sevilla **Barrio:** ARANJUEZ | **Zona:** ORIENTE 1 | **Ciudad:** MEDELLIN		
Entidad	SENA	**Teléfono**	6042134095 | Cel: 3177736647
Consumo	0 l/min, 0 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA INICIAL - APNEA - CPAP - MASCARA NASAL/ORONASAL
Solicitante	PIEDAD CADAVID	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 3177736647
Categoría		**Portátil Cita**	

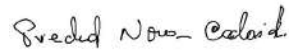
Equipos Entregados	Cant.
CPAP AUTOMATICO - 26997	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Recibió:
PIEDAD CADAVID
CC: 32521818

Fecha y Hora de Entrega:
11-07-2026 09:06

Firma Paciente/Cliente



Nombre y Cédula

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada

ROCIO VALENCIA DE TABARES **CC** 32416797

Cónyuge [X] Hijo [ ] Padre [ ] Hermano [ ] T.O. [ ] E.P. [ ] P. [ ]

EDAD	SEXO	CARNE No.	Familiar de
64	M [ ] F [ ]	8235508	

De Dr. / A Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
	APARATOS ORTOPEDICOS	**OXISALUD**

Fecha 30/07/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE CAMINADOR**

CAMINADOR ORTOPEDICO PASO A PASO FIJO PLEGABLE EN ALUMINIO

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A Angela Tabares CC 1130907387

Recomendaciones N/A

FECHA	Día	Mes	Año
	30	7	2026

GLORIA PATRICIA LÓPEZ YEPES RM 51607-96
Firma - Registro Médico

Pedidos

Oxisalud SAS
Calle 29 # 65 ◆ 46
Medellin, Antioquia Colombia
Teléfonos:(604)4448456
https://www.oxisalud.com.co/

Número Pedido	Página	Asunto
16994674	1	16994674

Nombre Cliente	Fecha Emisión
ROCIO VALENCIA (CC: 32416797)	2026-07-31

Código Producto	Productos	Ctd	Precio	Descuento	Impuesto	Total
MOVCMD007	CAMINADOR PASO A PASO Y FIJO PLATA PHYSIO	1.000	0.00	0.00	0.00 (0.00 %)	0.00
D.P.1	DOMICILIO	1.000	8,823.00	0.00	1,676.37 (19 %)	10,499.37

Neto Total:	10,499.37
Descuentos:	0.00
Gastos de Transporte:	0.00
Impuestos de Manipulación y Transporte: (0.00 %)	0.00
Valor Pagado:	0.00
Total:(in $)	10,499.37

Angela Tobon rrs V
cc 43090 387

Descripción

ENTREGAR CAMINADOR PASO A PASO PHYSIO POR PARTE DEL SENA// RECIBE ROCIO VALENCIA 3003700117// HACER FIRMAR REMISION Y HACER FIRMAR TAMBIEN AUTORIZACION DEL SENA Y TRAER FIRMADO A LA SEDE// COBRAR 10500 DE TRANSPORTE EL SENA NO LO AURORIZA

Terminos y Condiciones

Consulte nuestras politicas de garantias y devoluciones en nuestra p◆ina www.oxisalud.com.co o Solicitelas al correo atencionalusuario@oxisalud.com.co

*** El campo Neto Total tiene saldo con IVA incluido *** En caso de practicar Retencion en la Fuente, tener el cuenta el saldo Neto Total, sobre el cual se debe restar el valor del IVA ***

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	x	**Pública Reservada**	

PACIENTE	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJOY	21362649	Cónyuge		Hijo		Padre		Hermano		T.O. E.P. P.	

EDAD	SEXO		CARNE No.	Familiar de
	F	M		
75	x		70119494	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 4/08/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

ALQUILER DE CILINDRO PORTATIL ADICIONAL 1,5 M3

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

FECHA	Día	Mes	Año
	4	8	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	x	**Pública Reservada**	

PACIENTE	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJOY	21362649	Cónyuge		Hijo		Padre		Hermano		T.O. E.P. P.	

EDAD	SEXO		CARNE No.	Familiar de
	F	M		
87	x		70119494	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 4/08/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL, CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

FECHA	Día	Mes	Año
	4	8	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	x	**Pública Reservada**	

PACIENTE	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJOY	21362649

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO		CARNE No.	Familiar de
	F	M		
87	x		70119494	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 4/08/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

REGULADOR AHORRADOR

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Exámen especialista	N/A
Diagnóstico	N/A
Tratamiento	N/A
Recomendaciones	N/A

FECHA	Día	Mes	Año
	4	8	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública ☐ **Pública Clasificada** ☒ **Pública Reservada** ☐

PACIENTE: BERMUDEZ TABORDA BEATRIZ ELENA — CC.42968866

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO (F / M)	CARNE No.	Familiar de
67	X	15424403	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 4/08/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

15424403

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	4	8	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	x	**Pública Reservada**	

PACIENTE	MARIA CRISTINA CARDONA MACIAS	32439844	Cónyuge		Hijo		Padre		Hermano		T.O. E.P. P.	

EDAD	SEXO		CARNE No.	Familiar de
	F	M		
77	x		17047959	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 4/08/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

CPAP STANDAR - ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

FECHA	Día	Mes	Año
	4	8	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	x	**Pública Reservada**	

PACIENTE	CASTANO LONDONO LUISA FERNANDA	1152700276

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO	CARNE No.	Familiar de
70	F: x M:	3452044	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 4/08/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

CPAP STANDAR - ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

LUISA TOAC

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	4	8	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	X	**Pública Reservada**	

PACIENTE	**ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ**	CC.656957	Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO F	SEXO M	CARNE No.	Familiar de
91		X	51703092	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 4/08/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

BPAP AUTOMATICO - ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Exámen especialista	N/A
Diagnóstico	N/A
Tratamiento	N/A
Recomendaciones	N/A

FECHA	Día	Mes	Año
	4	8	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	x	**Pública Reservada**	

PACIENTE	JOSEFINA CLAVIJO DE BARRAGAN	26523078

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO F	SEXO M	CARNE No.	Familiar de
90	x		12270218	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 4/08/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL, CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

36379912

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	4	8	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública ☐ **Pública Clasificada** ☒ **Pública Reservada** ☐

PACIENTE: CADAVID PIEDAD NORA — 32521818

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO (F / M)	CARNE No.	Familiar de
73	X	70114114	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 4/08/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

CPAP STANDAR MASCARA- ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

Piedad Nora Cadavid

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	4	8	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	x	**Pública Reservada**	

PACIENTE	GALLEGO NOREÑA BERTA OLIVA	21822509

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO	CARNE No.	Familiar de
77	F: x / M:	70812938	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 4/08/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

ALQUILER DE CILINDRO PORTATIL ADICIONAL

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE JULIO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

70817938

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	4	8	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	x	**Pública Reservada**	

PACIENTE	GALLEGO NOREÑA BERTA OLIVA	21822509	Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO F	SEXO M	CARNE No.	Familiar de
77	x		70812938	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 4/08/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL, CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

70817938

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

PACIENTE	NOELIA DEL SOCORRO GALVIS DE VASCO	22129512

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO F	SEXO M	CARNE No.	Familiar de
75	x		1045048309	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 26/06/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

CPAP STANDAR - ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

John Patricio Vasco C

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	26	6	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12
Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	x	**Pública Reservada**	

PACIENTE: ALBA LUCIA ISAZA DE ZULUAGA CC.32313686

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO		CARNE No.	Familiar de
69	M	F	8314905	
		X		

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 4/08/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

CPAP STANDAR - ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

Alba Isaza

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	4	8	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública ☐ **Pública Clasificada** ☒ **Pública Reservada** ☐

PACIENTE	MARIA LADY LOPEZ VANEGAS	21363624	Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO F	SEXO M	CARNE No.	Familiar de
85	x		8299367	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 4/08/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL, CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

21363624

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	4	8	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 01
SENA	Código: GTH-F-371

PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

ORDEN ADMINISTRATIVA SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública	Pública Clasificada	Pública Reservada
X		

ORDEN ADMINISTRATIVA SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL - SENA No. 076- CODIGO:70812938

FECHA:	28/08/2026	DIRECCIÓN GENERAL - REGIONAL:	SENA REGIONAL ANTIOQUIA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y BENEFICIARIO

Nombre del Beneficiario	No. Identificación	No. Carné	Nombre funcionario Sena	Parentesco (funcionario
LUIS GABRIEL CORREA VELEZ	3510338	70812938	CORREA GALLEGO RUBEN DARIO	PADRE

INFORMACIÓN PRESTADOR DE SERVICIOS

Nombre Prestador	Nit	Dirección	Teléfono(s)
OXISALUD SAS	811.013.645-9		

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO AUTORIZADO

Código CUPS	Concepto	Cantidad
	Equipo de Succión (Aspirador)	1

OBSERVACIONES

VIGENCIA DE AUTORIZACIONES: Órdenes de laboratorio: 30 días | Medicamentos: 15 días | Otras autorizaciones: 60

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

Médico / Odontólogo Asesor RM/TP:		Recibido a Satisfacción C.C. / Firma Paciente

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	x	**Pública Reservada**	

PACIENTE	MARILUZ MORENO DE BEDOYA	20181495

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO F	SEXO M	CARNE No.	Familiar de
87	x		2862511	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 4/08/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

CPAP STANDAR - ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

Marys L de Bedoya

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año	YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12
	4	8	2026	Firma - Registro Médico

Versión: 02
Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

PACIENTE	ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ	32460218	Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO F	SEXO M	CARNE No.	Familiar de
83	X		43090277	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	Suministro De Oxigeno	OXISALUD SAS

Fecha 4/08/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

CPAP STANDAR - ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

Dra Emilcen Yánez D. cc 43076049

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	4	8	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12
Firma - Registro Médico

Versión: 02
Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública ☐ Pública Clasificada ☒ Pública Reservada ☐

PACIENTE: ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ | 32460218

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO	CARNE No.	Familiar de
83	F: X / M:	43090277	

De Dr.

A Dr.

Tipo de servicio: **Suministro De Oxigeno**

Clínica u Hospital: **OXISALUD SAS**

Fecha 4/08/2026

RESÚMEN CLÍNICO: **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Exámen especialista: N/A

Diagnóstico: N/A

Tratamiento: N/A

Recomendaciones: N/A

Dr. Emilcen Yomez V. cc 43076049

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	4	8	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12
Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	X	Pública Reservada	

PACIENTE	NORA ELENA PEÑA QUINTERO	32285102	Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO F	SEXO M	CARNE No.	Familiar de
66	x		70044832	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 4/08/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

CPAP STANDAR - ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

NOVA Elena Peña

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	4	8	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12
Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública ☐ **Pública Clasificada** ☒ **Pública Reservada** ☐

PACIENTE	CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO	CC.610703	Cónyuge ☐	Hijo ☐	Padre ☐	Hermano ☐	T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO F	SEXO M	CARNE No.	Familiar de
91		X	98579394	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 4/08/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO, CILINDRO OXIGENO DE TRANSPORTE

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

Juan Pablo Sierra
1026576851

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	4	8	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12
Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública ☐ **Pública Clasificada** ☒ **Pública Reservada** ☐

PACIENTE: ANDRES VARGAS ALVAREZ | CC.8125032

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO (F / M)	CARNE No.	Familiar de
51	F: ☐ M: X	8291272	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 4/08/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

CPAP STANDAR - ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

Omirbia Alvarez M.

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	4	8	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
SENA	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada	x	Pública Reservada	

PACIENTE	VELASQUEZ DE MONSALVE MARIA TERESA	21859157	Cónyuge	Hijo	Padre	Hermano	T.O.	E.P.	P.

EDAD	SEXO		CARNE No.	Familiar de
	F	M		
81	x		98501408	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 4/08/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

	ALQUILER DE CILINDRO PORTATIL 1,5 M3 ADICIONAL
	ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Exámen especialista	N/A
Diagnóstico	N/A
Tratamiento	N/A
Recomendaciones	N/A

98501408

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	4	8	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12
Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública ☐ **Pública Clasificada** ☒ **Pública Reservada** ☐

PACIENTE	VELASQUEZ DE MONSALVE MARIA TERESA	21859157

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO F	SEXO M	CARNE No.	Familiar de
81	x		98501408	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 4/08/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

GENERADOR + CILINDRO DE RESPALDO + PORTATIL, CONCENTRADOR,BAJO FLUJO, 1 A 5 LTS/MIN DE OXIGENO

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Exámen especialista N/A

Diagnóstico N/A

Tratamiento N/A

Recomendaciones N/A

98501408

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	4	8	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

	Versión: 02
	Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		**Pública Clasificada**	x	**Pública Reservada**	

PACIENTE	CRISTINA ZULETA URIBE	43973139

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO	CARNE No.	Familiar de
42	F: **x** M:	43045194	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	**Suministro De Oxigeno**	**OXISALUD SAS**

Fecha 4/08/2026

RESÚMEN CLÍNICO **PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO**

BPAP AUTOMATICO - ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Exámen especialista	N/A
Diagnóstico	N/A
Tratamiento	N/A
Recomendaciones	N/A

Luz Darle

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	4	8	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS.RM 08-2183-12

Firma - Registro Médico

Versión: 02
Código: GTH-F-005

NOMBRE DEL PROCESO
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
NOMBRE DEL FORMATO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MEDICINA
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública ☐ Pública Clasificada ☒ Pública Reservada ☐

PACIENTE: CLARA OFELIA ZULUAGA DE POSADA | 32345277

Cónyuge ☐ Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ T.O. ☐ E.P. ☐ P. ☐

EDAD	SEXO (F / M)	CARNE No.	Familiar de
74	X	43562551	

De Dr.	Tipo de servicio	Clínica u Hospital
A Dr.	Suministro De Oxigeno	OXISALUD SAS

Fecha 4/08/2026

RESUMEN CLÍNICO: PACIENTE QUE REQUIERE OXIGENO

CPAP STANDAR - ALQUILER

ORDEN VALIDA PARA EL MES DE AGOSTO DEL 2026

Examen especialista: N/A

Diagnóstico: N/A

Tratamiento: N/A

Recomendaciones: N/A

Clara Zuluaga de P.

CC 32345277

Yainis Castro B.

FECHA	Día	Mes	Año
	4	8	2026

YAINIS PATRICIA CASTRO BARRIOS RM 08-2183-12
Firma - Registro Médico

SALUD

Pedidos

Oxisalud SAS
Calle 29 # 65 • 46
Medellin, Antioquia Colombia
Teléfonos:(604)4448456
https://www.oxisalud.com.co/

Número Pedido	Página	Asunto
17059719	1	17059719

Nombre Cliente	Fecha Emisión
ESTHER HENAO (CC: 21416343)	2026-08-18

Código Producto	Productos	Ctd	Precio	Descuento	Impuesto	Total
7217343382025	MEDIA 15-20 A LA RODILLA SIN PUNTERA T-L ARENA	1.000	0.00	0.00	0.00 (19 %)	0.00
D.P.I	DOMICILIO	1.000	8,823.00	0.00	1,676.37 (19 %)	10,499.37

Neto Total:	10,499.37
Descuentos:	0.00
Gastos de Transporte:	0.00
Impuestos de Manipulación y Transporte: (0.00 %)	0.00
Valor Pagado:	0.00
Total:(in $)	10,499.37

Descripción

ENTREGAR MEDIAS 15-20 A LA RODILLA SIN PUNTERA L ARENA // ENTREGAR EN HOGAR AYER Y HOY Circular 4 No. 71 49 // HACER FIRMAR POR FAVOR ORDEN DEL SENA. // SALE DE ALMACEN // COBRAR 10500 DEL DOMICILIO

Jennifer Valencia

Terminos y Condiciones

Consulte nuestras politicas de garantias y devoluciones en nuestra p•ina www.oxisalud.com.co o Solicitelas al correo atencionalusuario@oxisalud.com.co

*** El campo Neto Total tiene saldo con IVA incluido *** En caso de practicar Retencion en la Fuente, tener el cuenta el saldo Neto Total, sobre el cual se debe restar el valor del IVA ***

Sena.

	Versión: 01
	Código: GTH-F-371

PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

ORDEN ADMINISTRATIVA SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública ☐	**Pública Clasificada** ☐	**Pública Reservada** ☐

ORDEN ADMINISTRATIVA SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL - SENA No. 622-T - CODIGO

FECHA:	**18 DE AGOSTO DEL 2026**	**DIRECCIÓN GENERAL - REGIONAL:**	**ANTIOQUIA**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y BENEFICIARIO

Nombre del Beneficiario	No. Identificación	No. Carné	Nombre funcionario Sena	Parentesco (funcionario Sena)
ESTHER JULIA HENAO DE ARANGO	21416343	70514651	ARANGO HENAO JESUS BERNARDO	Madre-Padre

INFORMACIÓN PRESTADOR DE SERVICIOS

Nombre Prestador	Nit	Dirección	Teléfono(s)
OXISALUD SAS	811.013.645-9	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad	4448456 EXT 107 – 3155883576

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO AUTORIZADO

Código CUPS	Concepto	Cantidad
	MEDIAS CON GRADIENTE 15-20 MMHG HASTA LA RODILLA SIN PUNTERA VALOR $53184	1

OBSERVACIONES

VIGENCIA DE AUTORIZACIONES: Órdenes de laboratorio: 30 días | Medicamentos: 15 días | Otras autorizaciones: 60 días.

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

Médico / Odontólogo Asesor **RM/TP: 51607-96**		**Recibido a Satisfacción** **C.C. / Firma Paciente**

SENA	Versión: 01
	Código: GTH-F-371

PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

ORDEN ADMINISTRATIVA SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

ORDEN ADMINISTRATIVA SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL - SENA No. 882-T - CODIGO

FECHA:	28 DE AGOSTO DEL 2026	DIRECCIÓN GENERAL - REGIONAL:	ANTIOQUIA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y BENEFICIARIO

Nombre del Beneficiario	No. Identificación	No. Carné	Nombre funcionario Sena	Parentesco (funcionario Sena)
LUZ ELENA ESTRADA TORRES	32507934	8298832	DAVILA VALENCIA LUIS ALBERTO	CONYUGE

INFORMACIÓN PRESTADOR DE SERVICIOS

Nombre Prestador	Nit	Dirección	Teléfono(s)
OXISALUD SAS	811.013.645-9	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad	4448456 EXT 107 – 3155883576

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO AUTORIZADO

Código CUPS	Concepto	Cantidad
	MEDIAS CON GRADIENTE 15-20 MMHG HASTA LA RODILLA CON PUNTERA	1

OBSERVACIONES

VIGENCIA DE AUTORIZACIONES: Órdenes de laboratorio: 30 días | Medicamentos: 15 días | Otras autorizaciones: 60 días.

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

Médico / Odontólogo Asesor RM/TP: 51607-96		Recibido a Satisfacción C.C. / Firma Paciente 32507934

SALUD

Pedidos

Oxisalud SAS
Calle 29 # 65 - 46
Medellin, Antioquia Colombia
Telefonos:(604)4448456
https://www.oxisalud.com.co/

Número Pedido	Página	Asunto
17102912	1	17102912

Nombre Cliente	Fecha Emisión
LUZ ESTRADA (CC: 32507934)	2026-08-28

Código Producto	Productos	Ctd	Precio	Descuento	Impuesto	Total
BLAMED004	MEDIA 15-20 A LA RODILLA TALLA M ARENA	1.000	0.00	0.00	0.00 (19 %)	0.00

Neto Total:	0.00
Descuentos:	0.00
Gastos de Transporte:	0.00
Impuestos de Manipulación y Transporte: (0.00 %)	0.00
Valor Pagado:	0.00
Total:(in $)	0.00

Descripción

ENTREGAR MEDIAS GRADIENTE 15 -20 A LA RODILLA TALLA M ARENA COLOR ARENA POR PARTE DEL SENA// RECLAMA EN SEDE EL 01/09/2026// MEDIDAS DE LA PACIENTE PANTORILLA 34 Y TOBILLO 24// HACER FIRMAR ORDEN DEL SENA Y REMISI[illegible]// NO REALIZAR COBRO // SALE DEL ALMACEN

Luz Elena Estrada Osorio
32507934

Terminos y Condiciones

Consulte nuestras politicas de garantias y devoluciones en nuestra p[illegible]ina www.oxisalud.com.co o Solicitelas al correo atencionalusuario@oxisalud.com.co

*** El campo Neto Total tiene saldo con IVA incluido *** Én caso de practicar Retencion en la Fuente, tener el cuenta el saldo Neto Total, sobre el cual se debe restar el valor del IVA ***

SALUD

Pedidos

Oxisalud SAS
Calle 29 # 65 - 46
Medellin, Antioquia Colombia
Teléfonos:(604)4448456
https://www.oxisalud.com.co/

Número Pedido	Página	Asunto
17068272	1	17068272

Nombre Cliente	Fecha Emisión
LUZ ESTRADA (CC: 32507934)	2026-08-20

Código Producto	Productos	Ctd	Precio	Descuento	Impuesto	Total
BLAMUN001	MUNEQUERA FERULA PULGAR TALLA S/M	1.000	0.00	0.00	0.00 (0.00 %)	0.00
D.P.I	DOMICILIO	1.000	8,823.00	0.00	1,676.37 (19 %)	10,499.37

Neto Total:	10,499.37
Descuentos:	0.00
Gastos de Transporte:	0.00
Impuestos de Manipulación y Transporte: (0.00 %)	0.00
Valor Pagado:	0.00
Total:(in $)	10,499.37

Descripción

ENTREGA DE MUNEQUERA FERULA PULGAR TALLA S/M, POR EL SENA PARA LUZ ESTRADA (CC: 32507934), POR FAVOR HACER FIRMAR ORDEN DEL SENA

Milla Condominio
Nit. 890.985.757-
Calle 43 Sur # 47 - 17
Condominio Millán 16, Gracias

Terminos y Condiciones

Consulte nuestras politicas de garantias y devoluciones en nuestra p♦ina www.oxisalud.com.co o Solicitelas al correo atencionalusuario@oxisalud.com.co

*** El campo Neto Total tiene saldo con IVA incluido *** En caso de practicar Retencion en la Fuente, tener el cuenta el saldo Neto Total, sobre el cual se debe restar el valor del IVA ***

20 08 26

Sena

	Versión: 01
	Código: GTH-F-371

PROCESO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

ORDEN ADMINISTRATIVA SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública	Pública Clasificada	Pública Reservada
☐	☐	☐

ORDEN ADMINISTRATIVA SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL - SENA No. 651-T - CODIGO

FECHA:	20 DE AGOSTO DEL 2026	DIRECCIÓN GENERAL - REGIONAL:	ANTIOQUIA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y BENEFICIARIO

Nombre del Beneficiario	No. Identificación	No. Carné	Nombre funcionario Sena	Parentesco (funcionario Sena)
LUZ ELENA ESTRADA TORRES	32507934	8298832	DAVILA VALENCIA LUIS ALBERTO	CONYUGE

INFORMACIÓN PRESTADOR DE SERVICIOS

Nombre Prestador	Nit	Dirección	Teléfono(s)
OXISALUD SAS	811.013.645-9	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad	4448456 EXT 107 – 3155883576

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO AUTORIZADO

Código CUPS	Concepto	Cantidad
	INMOVILIZADOR DE PULGAR TALLA S/M	1
	MUNEQUERA FERULA PULGAR TALLA S/M	
	INMOVILIZADOR DEDO PULGAR T-UNICA NEGRO PURA-MAX	
	VALOR SEGÚN COTIZACION $ 76,559.00	

OBSERVACIONES

VIGENCIA DE AUTORIZACIONES: Órdenes de laboratorio: 30 días | Medicamentos: 15 días | Otras autorizaciones: 60 días.

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

		32507934
Médico / Odontólogo Asesor		**Recibido a Satisfacción**
RM/TP: 51607-96		**C.C. / Firma Paciente**

Impreso: 2026-06-10

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 4333

Adscrito:	103011 - OXISALUD SAS
Dirección:	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad
Teléfono(s):	4448456 EXT 107 - 3155883576
Especialidad:	OXIGENO - MEDIAS COMPRESIÓN 15-20 MMHG RODILLAS

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	53184	53184

OBSERVACIONES

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

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

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

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 32469954

creada por: dicsalazar

SALUD

Pedidos

Oxisalud SAS
Calle 29 # 65 - 46
Medellin, Antioquia Colombia
Teléfonos:(601)4448456
https://www.oxisalud.com.co/

Número Pedido	Página	Asunto
17013818	1	17013818

Nombre Cliente	Fecha Emisión
MARIA ARROYAVE (CC: 32469954)	2026-08-05

Código Producto	Productos	Ctd	Precio	Descuento	Impuesto	Total
BLAMED004	MEDIA 15-20 A LA RODILLA TALLA L NEGRO	1.000	0.00	0.00	0.00 (19 %)	0.00
D.P.I	DOMICILIO	1.000	8,823.00	0.00	1,676.37 (19 %)	10,499.37

Neto Total:	10,499.37
Descuentos:	0.00
Gastos de Transporte:	0.00
Impuestos de Manipulación y Transporte: (0.00 %)	0.00
Valor Pagado:	0.00
Total:(in $)	10,499.37

Descripción

ENTREGA DE MEDIA 15-20 A LA RODILLA TALLA L NEGRO// RECIBE ROBERTO OSORNO 3146184760 - 3166027701

Mª Amparo Arroyave

Terminos y Condiciones

Consulte nuestras politicas de garantias y devoluciones en nuestra p€ina www.oxisalud.com.co o Solicitelas al correo atencionalusuario@oxisalud.com.co

*** El campo Neto Total tiene saldo con IVA incluido *** En caso de practicar Retencion en la Fuente, tener el cuenta el saldo Neto Total, sobre el cual se debe restar el valor del IVA ***

Sena.

	Versión: 01
	Código: GTH F 371

PROCESO

GESTION DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE DEL FORMATO

ORDEN ADMINISTRATIVA SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública	Pública Clasificada	Pública Reservada

ORDEN ADMINISTRATIVA SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL - SENA No. 652-T - CODIGO

FECHA:	20 DE AGOSTO DEL 2026	DIRECCIÓN GENERAL - REGIONAL:	ANTIOQUIA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y BENEFICIARIO

Nombre del beneficiario	No. Identificación	No. Carné	Nombre funcionario Sena	Parentesco (funcionario Sena)
PEDRO ANTONIO VASCO OBANDO	3626777	1045048309	VASCO GALVIS JOHN DAIRO	Madre-Padre

INFORMACIÓN PRESTADOR DE SERVICIOS

Prestador	Nit	Dirección	Teléfono(s)
OXISALUD SAS	811.013.645-9	Calle 29 #65-50 Barrio Trinidad	4448456 EXT 107 – 3155883576

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO AUTORIZADO

Concepto	
PLANTILLA EN SILICONA ENTERA metatarsal	1
VALOR SEGÚN COTIZACION $ 51,289.00	

OBSERVACIONES

VIGENCIA DE AUTORIZACIONES: Órdenes de laboratorio: 30 días | Medicamentos: 15 días | Otras autorizaciones: 60 días.

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

Médico / Odontólogo Asesor RM/TP: 51607-96		Noelia Galvis 22129512 Recibido a Satisfacción C.C. / Firma Paciente

SALUD

Pedidos

Oxisalud SAS
Calle 29 # 65 ◆ 46
Medellín, Antioquia Colombia
Teléfonos:6044448456
http://www.oxisalud.com.co/

Número Pedido	Página	Asunto
17096724	1	17096724

Nombre Cliente	Fecha Emisión
PEDRO VASCO (CC: 3626777)	2026-08-27

Código Producto	Productos	Ctd	Precio	Descuento	Impuesto	Total
BLAPL-V003	PLANTILLA EN SILICONA ENTERA metatarsal TALLA M	1.000	0.00	0.00	0.00 (19 %)	0.00
DOM1	DOMICILIO	1.000	8,823.00	0.00	1,676.37 (19 %)	10,499.37

Neto Total:	10,499.37
Descuentos:	0.00
Gastos de Transporte:	0.00
Impuestos de Manipulación y Transporte: (0.00 %)	0.00
Valor Pagado:	0.00
Total:(in $)	10,499.37

Descripción

ENTREGA DE PLANTILLA EN SILICONA ENTERA metatarsal TALLA M // POR EL SENA PARA PEDRO VASCO (CC: 3626777) FAMILIAR SOLICITA ENTREGAR DESPUES DE LAS 10:00 AM // POR FAVOR HACER FIRMAR ORDEN DEL SENA

Noelia Galvis 22129512

Terminos y Condiciones

Consulte nuestras políticas de garantías y devoluciones en nuestra p◆ina www.oxisalud.com.co o Solicitelas al correo atencionalusuario@oxisalud.com.co

*** El campo Neto Total tiene saldo con IVA incluido *** En caso de practicar Retencion en la Fuente, tener el cuenta el saldo Neto Total, sobre el cual se debe restar el valor del IVA ***

CERTIFICADO DE PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Medellín, 11 de septiembre del 2026

Referencia: Certificación de Revisor Fiscal

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

CERTIFICO QUE

La Compañía ha cumplido por el mes de agosto del año 2026 y los últimos 3 meses con los aportes de sus empleados a los sistemas de Pensión, Salud, Riesgos Profesionales y Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y demás normas complementarias de todos sus empleados.

Esta certificación se expide a solicitud de la Administración y se firma en la ciudad de Medellín a los once (11) días del mes de septiembre del año 2026.

Atentamente,

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

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-11, 12:07:41 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 88109736

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** septiembre de 2026

PAGADO 11/09/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OXISALUD SAS		
Documento	NI811013645	**Dirección**	CALLE 34 N 66 A 61
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	4448456
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal	TORRES CABREJO JOSE ANTONIO	**Identificación**	CC 79366939
Total Afiliados	45	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																					Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1000088554	MANUEL SMITH PEÑA ECHEVERRY	01	00										X							0	29	29	29	29	(230301) PORVENIR	$ 2.776.224	$ 444.200	(EPS040) SAVIA SALUD	$ 2.776.224	$ 111.100	4,350	$ 2.776.224	$ 120.800	(CCF04) COMFAMA	$ 2.776.224	$ 111.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 787.200
CC 1000088554	MANUEL SMITH PEÑA ECHEVERRY	01	00											X						0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 150.395	$ 24.100	(EPS040) SAVIA SALUD	$ 150.395	$ 0	0,000	$ 150.395	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 150.395	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 24.100
CC 1000549155	JEAN CARLOS MARIN SEPULVEDA	01	00	X																0	11	11	11	11	(25-14) COLPENSIONES	$ 843.334	$ 135.000	(EPS010) EPS SURA	$ 843.334	$ 33.800	2,436	$ 843.334	$ 20.600	(CCF04) COMFAMA	$ 843.334	$ 33.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 223.200
CC 1000871305	SANTIAGO DUQUE COLORADO	01	00	X	X															0	3	3	3	3	(230201) PROTECCION	$ 175.100	$ 28.100	(EPS040) SAVIA SALUD	$ 175.100	$ 7.100	2,436	$ 175.100	$ 4.300	(CCF04) COMFAMA	$ 182.688	$ 7.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 46.900
CC 1001446973	DUVIAN ESNEIDER VALLEJO MARIN	01	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 3.294.575	$ 527.200	(EPS010) EPS SURA	$ 3.294.575	$ 131.800	4,350	$ 3.294.575	$ 143.400	(CCF04) COMFAMA	$ 3.294.575	$ 131.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 934.200
CC 1007206162	FREDY ANTONIO OZUNA SOLAR	01	00										X							0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 2.413.932	$ 386.300	(EPS010) EPS SURA	$ 2.413.932	$ 96.600	2,436	$ 2.413.932	$ 58.900	(CCF04) COMFAMA	$ 2.413.932	$ 96.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 638.400
CC 1007526449	VALENTINA DOMINGUEZ PADILLA	01	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.809.367	$ 289.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.809.367	$ 72.400	0,522	$ 1.809.367	$ 9.500	(CCF04) COMFAMA	$ 1.809.367	$ 72.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 443.800
CC 1010117565	EIMY SANDRITH JIMENEZ RODRIGUEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 3.500.000	$ 560.000	(EPS037) NUEVA EPS	$ 3.500.000	$ 140.000	2,436	$ 3.500.000	$ 85.300	(CCF04) COMFAMA	$ 3.500.000	$ 140.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 925.300
CC 1017126839	CARLOS ARTURO GIRALDO BETANCUR	01	00										X							0	20	20	20	20	(231001) COLFONDOS	$ 1.638.443	$ 262.200	(EPS010) EPS SURA	$ 1.638.443	$ 65.600	2,436	$ 1.638.443	$ 40.000	(CCF04) COMFAMA	$ 2.098.862	$ 84.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 451.800
CC 1017126839	CARLOS ARTURO GIRALDO BETANCUR	01	00														X			0	10	10	10	10	(231001) COLFONDOS	$ 856.862	$ 137.100	(EPS010) EPS SURA	$ 856.862	$ 34.300	0,000	$ 856.862	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 657.741	$ 26.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 197.800
CC 1017155109	GUSTAVO MAURICIO CASTAÑO MORALES	01	00	X																0	6	6	6	6	(25-14) COLPENSIONES	$ 460.000	$ 73.600	(EPS010) EPS SURA	$ 460.000	$ 18.400	2,436	$ 460.000	$ 11.300	(CCF04) COMFAMA	$ 460.000	$ 18.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 121.700
CC 1017205138	LUISA FERNANDA GRACIANO AGUDELO	01	00								X		X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 3.096.946	$ 495.600	(EPS010) EPS SURA	$ 3.096.946	$ 123.900	2,436	$ 3.096.946	$ 75.500	(CCF04) COMFAMA	$ 3.096.946	$ 123.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 818.900
CC 1017245842	DEISY LORENA MUÑOZ SUCERQUIA	01	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.525.314	$ 404.100	(EPS010) EPS SURA	$ 2.525.314	$ 101.100	2,436	$ 2.525.314	$ 61.600	(CCF04) COMFAMA	$ 2.525.314	$ 101.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 667.900
CC 1020471177	WILSON ANDRES RIVERA ALVAREZ	01	00										X							0	20	20	20	20	(230201) PROTECCION	$ 2.192.007	$ 350.800	(EPS010) EPS SURA	$ 2.192.007	$ 87.700	4,350	$ 2.192.007	$ 95.400	(CCF04) COMFAMA	$ 2.735.106	$ 109.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 643.400
CC 1020471177	WILSON ANDRES RIVERA ALVAREZ	01	00														X			0	10	10	10	10	(230201) PROTECCION	$ 1.109.918	$ 177.600	(EPS010) EPS SURA	$ 1.109.918	$ 44.400	0,000	$ 1.109.918	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 775.856	$ 31.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 253.100
CC 1026261750	OLGA JAZMIN LUGO GARCIA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 4.423.000	$ 707.700	(EPS010) EPS SURA	$ 4.423.000	$ 177.000	2,436	$ 4.423.000	$ 107.800	(CCF04) COMFAMA	$ 4.423.000	$ 177.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.169.500
CC 1027999167	EDWWIN CAÑAS LORA	01	00										X							0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 3.410.812	$ 545.800	(EPS010) EPS SURA	$ 3.410.812	$ 136.500	4,350	$ 3.410.812	$ 148.400	(CCF04) COMFAMA	$ 3.410.812	$ 136.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 967.200
CC 1035430215	SANTIAGO ERNESTO CASTRO DIAZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.943.000	$ 470.900	(EPS010) EPS SURA	$ 2.943.000	$ 117.800	2,436	$ 2.943.000	$ 71.700	(CCF04) COMFAMA	$ 2.943.000	$ 117.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 778.200
CC 1035432935	JUAN FELIPE VASCO PEREZ	01	00								X		X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 3.577.083	$ 572.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 3.577.083	$ 143.100	2,436	$ 3.577.083	$ 87.200	(CCF04) COMFAMA	$ 3.577.083	$ 143.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 945.800

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Pagado: 11/09/2026 **Empresa NI811013645 OXISALUD SAS** **Planilla Nro: 88109736** **Periodo Cotización: agosto de 2026** **Periodo Servicio: septiembre de**

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																					Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1035873208	DANIELA FORONDA GARCIA	01	00										X							0	17	17	17	17	(230301) PORVENIR	$ 1.334.032	$ 213.500	(EPS010) EPS SURA	$ 1.334.032	$ 53.400	2,436	$ 1.334.032	$ 32.500	(CCF04) COMFAMA	$ 1.334.032	$ 53.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 352.800
CC 1035873208	DANIELA FORONDA GARCIA	01	00														X			0	13	13	13	13	(230301) PORVENIR	$ 1.103.354	$ 176.600	(EPS010) EPS SURA	$ 1.103.354	$ 44.200	0,000	$ 1.103.354	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 765.267	$ 30.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 251.500
CC 1036615546	JONATAN ANDRES SERNA TORRES	01	00	X	X															0	3	3	3	3	(230301) PORVENIR	$ 175.100	$ 28.100	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 175.100	$ 7.100	2,436	$ 175.100	$ 4.300	(CCF04) COMFAMA	$ 182.688	$ 7.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 46.900
CC 1036642374	JHON MAURICIO PIEDRAHITA PEREZ	01	00								X									0	20	20	20	20	(230301) PORVENIR	$ 1.266.666	$ 202.700	(EPS010) EPS SURA	$ 1.266.666	$ 50.700	2,436	$ 1.266.666	$ 30.900	(CCF04) COMFAMA	$ 1.709.999	$ 68.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 352.700
CC 1036642374	JHON MAURICIO PIEDRAHITA PEREZ	01	00														X			0	10	10	10	10	(230301) PORVENIR	$ 666.997	$ 106.800	(EPS010) EPS SURA	$ 666.997	$ 26.700	0,000	$ 666.997	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 633.334	$ 25.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 158.900
CC 1037620458	JUAN SEBASTIAN TORRES RUIZ	01	00								X									0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 20.000.000	$ 3.400.000	(EPS010) EPS SURA	$ 20.000.000	$ 2.500.000	2,436	$ 20.000.000	$ 487.200	(CCF04) COMFAMA	$ 20.000.000	$ 800.000	$ 400.000	$ 600.000	$ 0	$ 0	$ 8.187.200
CC 1037651604	ANDREA QUINTERO ATEHORTUA	01	00								X									0	29	29	29	29	(230301) PORVENIR	$ 4.833.334	$ 773.400	(EPS010) EPS SURA	$ 4.833.334	$ 193.400	0,522	$ 4.833.334	$ 25.300	(CCF04) COMFAMA	$ 4.833.334	$ 193.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.185.500
CC 1037651604	ANDREA QUINTERO ATEHORTUA	01	00												X					0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 150.000	$ 24.000	(EPS010) EPS SURA	$ 150.000	$ 6.000	0,000	$ 150.000	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 150.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 30.000
CC 1038438593	GLORIA ESTEFANY BENITEZ GONZALEZ	01	00										X							0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.756.916	$ 281.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.756.916	$ 70.300	0,522	$ 1.756.916	$ 9.200	(CCF04) COMFAMA	$ 1.756.916	$ 70.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 431.000
CC 1039596542	LEIDY YULIANA SUAREZ RODRIGUEZ	01	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 3.001.077	$ 480.200	(EPS010) EPS SURA	$ 3.001.077	$ 120.100	2,436	$ 3.001.077	$ 73.200	(CCF04) COMFAMA	$ 3.001.077	$ 120.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 793.600
CC 1045496592	ANGIE PAOLA MURILLO RENTERIA	01	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.750.906	$ 280.200	(EPS041) NUEVA EPS S.A. MOVILIDAD	$ 1.750.906	$ 70.100	0,522	$ 1.750.906	$ 9.200	(CCF04) COMFAMA	$ 1.750.906	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 429.600
CC 1049454451	JORGE LUIS ANAYA TORRES	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 3.450.000	$ 552.000	(EPS010) EPS SURA	$ 3.450.000	$ 138.000	0,522	$ 3.450.000	$ 18.100	(CCF04) COMFAMA	$ 3.450.000	$ 138.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 846.100
CC 1052999764	ESNAIDER TOVAR PEREZ	01	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 3.128.226	$ 500.600	(EPS010) EPS SURA	$ 3.128.226	$ 125.200	4,350	$ 3.128.226	$ 136.100	(CCF04) COMFAMA	$ 3.128.226	$ 125.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 887.100
CC 1067965903	JOSE ARMANDO ORTEGA TAFUR	01	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.782.691	$ 445.300	(EPS010) EPS SURA	$ 2.782.691	$ 111.400	4,350	$ 2.782.691	$ 121.100	(CCF04) COMFAMA	$ 2.782.691	$ 111.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 789.200
CC 1068659302	LINDA LIBERTAD PUENTE BARON	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 9.000.000	$ 1.530.000	(EPS010) EPS SURA	$ 9.000.000	$ 360.000	0,522	$ 9.000.000	$ 47.000	(CCF04) COMFAMA	$ 9.000.000	$ 360.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.297.000
CC 1099682986	SULIBAN KATHERINE ROMERO VERGARA	01	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.663.521	$ 426.200	(EPS010) EPS SURA	$ 2.663.521	$ 106.600	2,436	$ 2.663.521	$ 64.900	(CCF04) COMFAMA	$ 2.663.521	$ 106.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 704.300
CC 1102797227	JOSE DAVID MIRANDA GARCIA	01	00										X							0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 2.252.303	$ 360.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 2.252.303	$ 90.100	2,436	$ 2.252.303	$ 54.900	(CCF04) COMFAMA	$ 2.252.303	$ 90.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 595.500
CC 1124021513	ANGHELO SAMIR ESPINOSA RODRIGUZ	01	00	X																0	6	6	6	6	(25-14) COLPENSIONES	$ 350.200	$ 56.100	(EPS005) EPS SANITAS	$ 350.200	$ 14.100	2,436	$ 350.200	$ 8.600	(CCF04) COMFAMA	$ 350.200	$ 14.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 92.900
CC 1128385461	MICHAEL VELASQUEZ RIOS	01	00										X							0	29	29	29	29	(230301) PORVENIR	$ 2.661.296	$ 425.900	(EPS010) EPS SURA	$ 2.661.296	$ 106.500	4,350	$ 2.661.296	$ 115.800	(CCF04) COMFAMA	$ 2.661.296	$ 106.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 754.700
CC 1128385461	MICHAEL VELASQUEZ RIOS	01	00											X						0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 103.947	$ 16.700	(EPS010) EPS SURA	$ 103.947	$ 0	0,000	$ 103.947	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 103.947	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 16.700
CC 1128397724	NATALIA ANDREA LONDOÑO BEDOYA	01	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.359.500	$ 377.600	(EPS010) EPS SURA	$ 2.359.500	$ 94.400	0,522	$ 2.359.500	$ 12.400	(CCF04) COMFAMA	$ 2.359.500	$ 94.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 578.800
CC 1128442341	YOHAN STIVEN RUEDA FERNANDEZ	01	00	X																0	11	11	11	11	(230201) PROTECCION	$ 843.334	$ 135.000	(EPS010) EPS SURA	$ 843.334	$ 33.800	2,436	$ 843.334	$ 20.600	(CCF04) COMFAMA	$ 843.334	$ 33.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 223.200
CC 1152217633	GABRIELA TORRES RUIZ	01	00								X									0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 14.000.000	$ 2.380.000	(EPS010) EPS SURA	$ 14.000.000	$ 560.000	0,522	$ 14.000.000	$ 73.100	(CCF04) COMFAMA	$ 14.000.000	$ 560.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.573.100
CC 1152467390	ANA MARIA GUZMAN CORREA	01	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.217.672	$ 354.900	(EPS010) EPS SURA	$ 2.217.672	$ 88.800	0,522	$ 2.217.672	$ 11.600	(CCF04) COMFAMA	$ 2.217.672	$ 88.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 544.100
CC 1216717685	CRISTIAN ESCOBAR CASTAÑEDA	01	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.805.167	$ 448.900	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 2.805.167	$ 112.300	4,350	$ 2.805.167	$ 122.100	(CCF04) COMFAMA	$ 2.805.167	$ 112.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 795.600
CC 38569956	MARIA LOSANTO MOSQUERA PEREA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.751.000	$ 280.200	(EPS010) EPS SURA	$ 1.751.000	$ 70.100	2,436	$ 1.751.000	$ 42.700	(CCF04) COMFAMA	$ 1.751.000	$ 70.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 463.100
CC 43263795	CATALINA CEDIEL TAMAYO	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 5.500.000	$ 880.000	(EPS010) EPS SURA	$ 5.500.000	$ 220.000	2,436	$ 5.500.000	$ 134.000	(CCF04) COMFAMA	$ 5.500.000	$ 220.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.454.000
CC 43565836	ALEXANDRA MARIA BARRENECHE SIERRA	01	00																	0	28	28	28	28	(25-14) COLPENSIONES	$ 3.825.734	$ 612.200	(EPS010) EPS SURA	$ 3.825.734	$ 153.100	2,436	$ 3.825.734	$ 93.200	(CCF04) COMFAMA	$ 3.825.734	$ 153.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.011.600
CC 43565836	ALEXANDRA MARIA BARRENECHE SIERRA	01	00												X					0	2	2	2	2	(25-14) COLPENSIONES	$ 264.162	$ 42.300	(EPS010) EPS SURA	$ 264.162	$ 10.600	0,000	$ 264.162	$ 0	(CCF04) COMFAMA	$ 264.162	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 52.900
CC 79366939	JOSE ANTONIO TORRES CABREJO	01	00								X									0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 43.772.625	$ 7.879.200	(EPS010) EPS SURA	$ 43.772.625	$ 5.471.600	2,436	$ 43.772.625	$ 1.066.400	(CCF04) COMFAMA	$ 60.000.000	$ 2.400.000	$ 1.200.000	$ 1.800.000	$ 0	$ 0	$ 19.817.200
CC 79410682	GUILLERMO LEON TORRES CABREJO	01	00										X							0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 3.819.822	$ 611.200	(EPS010) EPS SURA	$ 3.819.822	$ 152.800	4,350	$ 3.819.822	$ 166.200	(CCF04) COMFAMA	$ 3.819.822	$ 152.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.083.000
CC 98670823	HERNAN DARIO BOLIVAR CUARTAS	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 2.500.000	$ 400.000	(EPS010) EPS SURA	$ 2.500.000	$ 100.000	0,522	$ 2.500.000	$ 13.100	(CCF04) COMFAMA	$ 2.500.000	$ 100.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 613.100
CC 98705379	JULIAN HUMBERTO CASTAÑO LOAIZA	01	00										X							0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 3.371.100	$ 539.400	(EPS010) EPS SURA	$ 3.371.100	$ 134.900	4,350	$ 3.371.100	$ 146.700	(CCF04) COMFAMA	$ 3.371.100	$ 134.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 955.900
PT 2205010	JOSE DAVID RAMONES ROMAN	01	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.925.506	$ 468.100	(EPS010) EPS SURA	$ 2.925.506	$ 117.100	4,350	$ 2.925.506	$ 127.300	(CCF04) COMFAMA	$ 2.925.506	$ 117.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 829.600

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 193.582.500	$ 193.582.500	$ 193.582.500	$ 210.366.969	$ 32.281.100	$ 13.156.000	$ 4.409.400	$ 8.390.300	$ 1.600.000	$ 2.400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 62.236.800	$ 47.100	$ 62.283.900

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 16 de septiembre de 2026, a las 13:13:56, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Número de identificación tributario
No. Identificación	8110136459
Código de Verificación	8110136459260916131356

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 16 de septiembre de 2026, a las 13:14:14, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79366939
Código de Verificación	79366939260916131414

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303050341

PIB
13:27:30

Bogotá DC, 16 de septiembre del 2026

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

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 16/09/2026 01:20:32 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **79366939** y Nombre: **JOSE ANTONIO TORRES CABREJO.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **147801215** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:19:32 horas del 16/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **79366939,** Apellidos y Nombres **TORRES CABREJO JOSE ANTONIO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **SENA**, con NIT **899999034-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:15:57 PM horas del 16/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **79366939**
Apellidos y Nombres: **TORRES CABREJO JOSE ANTONIO**

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

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

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

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

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

From: Luis German Henao Maya
To: Olga Lugo
Cc: Angelica Maria Molina Muñoz; Natalia Londoño
Subject: RE: NOTAS CREDITO
Date: miércoles, 22 de julio de 2026 6:15:04 a. m.
Attachments: image.png

Buenos días, se aceptan respuestas con notas crédito, se continuo proceso de pago

---

De: Olga Lugo <Administrativo@oxisalud.com.co>
Enviado: martes, 21 de julio de 2026 3:58 p. m.
Para: Luis German Henao Maya <lghenaom@sena.edu.co>
Cc: Angelica Maria Molina Muñoz <ammolina@sena.edu.co>; Natalia Londoño <credito1@oxisalud.com.co>
Asunto: NOTAS CREDITO

Buenas Tardes

Se envían notas crédito solicitadas.

Feliz Tarde!

Cordialmente,

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO

Olga Jazmin Lugo
Administración
Teléfono:(604) 444 8456 Ext 303
administrativo@oxisalud.com.co
Calle 29 # 65-46, Medellín, Antioquia
www.oxisalud.com.co

Luis German Henao Maya
Regional Antioquia - Contratista
lghenaom@sena.edu.co
PBX:+(57) 601 5461500
Calle 51 # 57-70

Este mensaje y cualquier archivo adjunto pueden contener información pública clasificada y/o reservada bajo custodia o propiedad del SENA, destinada exclusivamente a su(s) destinatario(s). Dicha información debe ser utilizada únicamente para la finalidad con la que fue enviada y en cumplimiento de la normativa aplicable.

Si usted no es el destinatario autorizado o ha recibido este mensaje por error, le solicitamos que omita su contenido, informe de inmediato al remitente por correo electrónico con copia a servicioalciudadano@sena.edu.co y elimine el mensaje. La retención, difusión, distribución o copia de este mensaje está prohibida y puede acarrear sanciones legales.

Para más información, consulte nuestras Políticas de Seguridad y Privacidad de la Información y las Políticas

de Tratamiento para la Protección de Datos Personales, disponibles en el sitio web del SENA.

De: Olga Lugo
A: Luis German Henao Maya; Angelica Maria Molina Muñoz
Cc: Natalia Londoño
Asunto: Notas Credito
Fecha: lunes, 21 de septiembre de 2026 3:51:13 p. m.
Archivos adjuntos: image.png
NCOO0031.pdf
NCOO0030.pdf
Se presentaron errores al procesar un documento de recepción.pdf
NC 030Hemos Recibido el Documento enviado por usted.pdf

Buenas Tardes

Adjunto las NC solicitadas.

Quedamos atentos a cualquier inquietud.

Feliz Tarde!

Cordialmente,

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO

Olga Jazmin Lugo
Administración
Teléfono:(604) 444 8456 Ext 303
administrativo@oxisalud.com.co
Calle 29 # 65-46, Medellín, Antioquia
www.oxisalud.com.co

From: Luis German Henao Maya
To: Angelica Maria Molina Muñoz
Subject: RV: OXIGENO DOMICILIARIO - BERTA OLIVA GALLEGO NOREÑA CC 21822509 B-07-UNIDAD 1 HOSP ADULTOS CAMA B0754-2
Date: martes, 21 de julio de 2026 12:54:31 p. m.
Attachments: image001.png
image002.png
image003.png
image004.png
image005.png
image006.png
image007.png
image008.png
image009.png
image011.png
image010.png
ATT00001.png
Outlook-fb2iwv0u.png

De: Asesor Primeros Servicios <credito2@oxisalud.com.co>
Enviado: miércoles, 22 de abril de 2026 4:57 p. m.
Para: altastempranas altastempranas <altastempranas@hptu.org.co>; Felix Hernando Gomez Ramirez <felgomez@sena.edu.co>
Cc: Olga Lugo <Administrativo@oxisalud.com.co>; Juan Torres <juan.torres@oxisalud.com.co>; credito <credito@oxisalud.com.co>; Hernán Bolívar - Coord. Call Center <atencionalusuario@oxisalud.com.co>; Luisa Fernanda Graciano <liderdeactivos@oxisalud.com.co>; Luis German Henao Maya <lghenaom@sena.edu.co>; Servicio Medico Asistencial <sma.antioquia@sena.edu.co>
Asunto: RE: OXIGENO DOMICILIARIO - BERTA OLIVA GALLEGO NOREÑA CC 21822509 B-07-UNIDAD 1 HOSP ADULTOS CAMA B0754-2

Cordial saludo,

Agradecemos su comunicación. Confirmamos que el servicio está programado para realizarse mañana 23/04/2026 a solicitud del responsable en el HPTU, el cilindro de respaldo, se programa para el domingo 26/04/2026.

Queremos confirmar que hemos registrado a RUBEN DARIO GALLEGO como el responsable del servicio.

Cordialmente,

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO

Emily Spath Petro
Aserora de servicios call center
Teléfono:(604) 444 8456/(604) 200 4301
credito2@oxisalud.com.co
Calle 29 # 65-46, Medellín, Antioquia
www.oxisalud.com.co

De: altastempranas altastempranas <altastempranas@hptu.org.co>
Enviado: miércoles, 22 de abril de 2026 16:51
Para: Felix Hernando Gomez Ramirez <felgomez@sena.edu.co>
Cc: Asesor Primeros Servicios <credito2@oxisalud.com.co>; Olga Lugo <Administrativo@oxisalud.com.co>; Juan Torres

<juan.torres@oxisalud.com.co>; credito <credito@oxisalud.com.co>; Hernán Bolívar - Coord. Call Center <atencionalusuario@oxisalud.com.co>; Luisa Fernanda Graciano <liderdeactivos@oxisalud.com.co>; Luis German Henao Maya <lghenaom@sena.edu.co>; Servicio Medico Asistencial <sma.antioquia@sena.edu.co>
Asunto: Re: OXIGENO DOMICILIARIO - BERTA OLIVA GALLEGO NOREÑA CC 21822509 B-07-UNIDAD 1 HOSP ADULTOS CAMA B0754-2

Buen día,

Solicito amablemente información sobre el trámite pendiente.

Agradezco su pronta respuesta.

Cordialmente,



El mié, 22 abr 2026 a la(s) 2:56 p.m., Felix Hernando Gomez Ramirez (felgomez@sena.edu.co) escribió:

> Muy buenas tardes señores Oxisalud
>
> El contrato que tenemos con Ustedes es para todo el departamento de Antioquia, tal como se puede observar en el numeral 2.1 de los estudios previos que fueron publicados y a lo cual se comprometieron en el momento de presentar la propuesta y firmar el contrato.

2.1 ALCANCE DEL OBJETO

Teniendo en cuenta lo previamente expresado, en relación con la caracterización de la población adscrita al SMA del SENA Regional Antioquia, se identifica la obligación, por parte del contratista que resulte adjudicatario, de garantizar el suministro de oxigenoterapia continua domiciliaria a veintitrés (23) pacientes, en su mayoría adultos mayores, con diagnóstico médico de EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) y todos los demás que llegaren a ser diagnosticados con insuficiencia respiratoria y asma, eventualmente, aquellos internados en clínicas y hospitales con enfermedades de baja complejidad que, una vez dados de alta, por prescripción médica lo requieran, todos remitidos por médico tratante de la institución hospitalaria o del SMA o médico auditor del SMA; además del suministro de los dispositivos médicos, accesorios, recambio de descartables, reguladores, equipos hospitalarios y demás complementarios, así como dispositivos médicos e insumos hospitalarios y elementos ortopédicos.
Este servicio será garantizado a nivel departamental tanto en áreas urbanas como rurales, independiente de la ubicación del domicilio, la dificultad de acceso y el tiempo de desplazamiento; el

servicio médico cuenta a la fecha con beneficiarios objetos del servicio ubicados en los municipios de, Rionegro, La Ceja, San Vicente y Copacabana.
El SENA Regional Antioquia se reserva la facultad de ingresar al programa nuevos pacientes, del área metropolitana y otros municipios, previo diagnóstico del médico tratante y autorización del médico auditor del SMA.

Cordial saludo

De: Asesor Primeros Servicios <credito2@oxisalud.com.co>
Enviado el: miércoles, 22 de abril de 2026 2:31 p. m.
Para: Servicio Medico Asistencial <sma.antioquia@sena.edu.co>
CC: altastempranas altastempranas <altastempranas@hptu.org.co>; Olga Lugo <Administrativo@oxisalud.com.co>; Juan Torres <juan.torres@oxisalud.com.co>; Juan Torres <juan.torres@oxisalud.com.co>; Luisa Fernanda Graciano <liderdeactivos@oxisalud.com.co>; credito <credito@oxisalud.com.co>; Hernán Bolívar - Coord. Call Center <atencionalusuario@oxisalud.com.co>
Asunto: RE: OXIGENO DOMICILIARIO - BERTA OLIVA GALLEGO NOREÑA CC 21822509 B-07-UNIDAD 1 HOSP ADULTOS CAMA B0754-2

Cordial saludo,

Agradecemos su comunicación, indicamos que se realizan las correspondientes validaciones y no tenemos cobertura en el municipio de Jardín Antioquia, por lo que no es posible brindar el servicio solicitado.

Cordialmente,

Isis Angelica Rios
Aserora de servicios call center
Teléfono:(604) 444 8456/(604) 200 4301
credito2@oxisalud.com.co
Calle 29 # 65-46, Medellín, Antioquia
www.oxisalud.com.co

De: Natalia Londoño <credito1@oxisalud.com.co>
Enviado: miércoles, 22 de abril de 2026 14:09
Para: Asesor Primeros Servicios <credito2@oxisalud.com.co>
Asunto: RV: OXIGENO DOMICILIARIO - BERTA OLIVA GALLEGO NOREÑA CC 21822509 B-07-UNIDAD 1 HOSP ADULTOS CAMA B0754-2

Buenas Tardes

Por favor gestionar entrega de primer servicio para paciente del SENA

Cordialmente,

Natalia Londoño Bedoya
Auxiliar de crédito y facturación
Teléfono: 444 8456 ext: 117
credito1@oxisalud.com.co
Calle 29 # 65-46, Medellín, Antioquia
www.oxisalud.com.co

POLITICA DE PROTECCIÓN DE DATOS: Si desea dejar de recibir información sobre temas, servicios o eventos de Oxisalud S.A.S, por favor reenviar este correo con la Referencia o Asunto “ELIMINAR” al correo electrónico atencionalusuario@oxisalud.com.co También puede revisar la Política de Protección de datos en la página web de Oxisalud.

De: Servicio Medico Asistencial <sma.antioquia@sena.edu.co>
Enviado el: miércoles, 22 de abril de 2026 2:02 p. m.
Para: altastempranas altastempranas <altastempranas@hptu.org.co>; Olga Lugo <Administrativo@oxisalud.com.co>; Luisa Fernanda Graciano <liderdeactivos@oxisalud.com.co>; Jose Torres <jose.torres@oxisalud.com.co>; Juan Torres ; credito <credito@oxisalud.com.co>; Hernán Bolívar - Coord. Call Center <atencionalusuario@oxisalud.com.co>
CC: Felix Hernando Gomez Ramirez <felgomez@sena.edu.co>; Luis German Henao Maya <lghenaom@sena.edu.co>; Angelica Maria Molina Muñoz <ammolina@sena.edu.co>; Paula Andrea Villegas Florez <pvillegas@hptu.org.co>
Asunto: RV: OXIGENO DOMICILIARIO - BERTA OLIVA GALLEGO NOREÑA CC 21822509 B-07-UNIDAD 1 HOSP ADULTOS CAMA

B0754-2

Buenas Tardes,

Adjunto orden de oxígeno para alta hospitalaria.

Quedo atenta a cualquier inquietud,

Cordialmente,

Diana Cristina Salazar Quinchia

Regional Antioquia - Contratista

dicsalazar@sena.edu.co

PBX:+(57) 601 5461500 Ext:42125

Calle 51 # 57-70, Medell&#65533;n - Antioquia

www.sena.edu.co

@SENAcomunica

De: altastempranas altastempranas <altastempranas@hptu.org.co>
Enviado el: miércoles, 22 de abril de 2026 1:47 p. m.
Para: Servicio Medico Asistencial <sma.antioquia@sena.edu.co>; Luis German Henao Maya <lghenaom@sena.edu.co>; Kelly Johanna Jiménez Mora <kjimenezm@sena.edu.co>; Felix Hernando Gomez Ramirez <felgomez@sena.edu.co>
CC: Paula Andrea Villegas Florez <pvillegas@hptu.org.co>
Asunto: OXIGENO DOMICILIARIO - BERTA OLIVA GALLEGO NOREÑA CC 21822509 B-07-UNIDAD 1 HOSP ADULTOS CAMA B0754-2

Buen dia,

Adjunto soportes del paciente BERTA OLIVA GALLEGO NOREÑA, quien requiere para el alta:

- OXÍGENO DOMICILIARIO:Dispositivo: Cánula __x_ Ventury al ___ % Litros por minuto: _3__ Número de horas al día que lo requiere: _24__ Tiempo que lo requiere: ___6 meses Requiere pipeta portátil para el egreso: Si_x__ No:___ Requiere pipeta portátil permanente: Si_x__ No:___

Datos del paciente

Dirección: CR 5 7 10

Barrio: JARDIN ANTIOQUIA

Teléfono: 3146188596 RUBEN (HIJO) 3216469141 JHON JAIRO (HIJO)

Ubicación del paciente en HPTU

B-07-UNIDAD 1 HOSP ADULTOS

Adjunto soportes para su autorización

Cordialmente,



Este mensaje y sus archivos adjuntos son de uso exclusivo de su destinatario intencional y puede contener información legalmente protegida y confidencial del HOSPITAL PABLO TOBON URIBE. En caso de no ser usted el destinatario intencional del mensaje por favor infórmenos y elimine el mensaje y sus archivos adjuntos de sus sistemas de información.
Le comunicamos que cualquier uso indebido de la información aquí contenida está sancionada legalmente.
Agradecemos su atención.

MISIÓN
Cuidar la salud y la vida con excelencia y de manera compasiva, generar y transmitir conocimiento, centrados en la persona, con sentido trascendente y de responsabilidad social.

VISIÓN
Ser Hospital sobresaliente en humanismo, conocimiento, investigación, innovación y por contribuir a un mundo mejor.

HOSPITAL PABLO TOBON URIBE

Felix Hernando Gomez Ramirez
Regional Antioquia - Profesional G10
felgomez@sena.edu.co
PBX:+(57) 601 5461500 Ext:42335
Calle 51 # 57-70

Este mensaje y cualquier archivo adjunto pueden contener información pública clasificada y/o reservada bajo custodia o propiedad del SENA, destinada exclusivamente a su(s) destinatario(s). Dicha información debe ser utilizada únicamente para la finalidad con la que fue enviada y en cumplimiento de la normativa aplicable.

Si usted no es el destinatario autorizado o ha recibido este mensaje por error, le solicitamos que omita su contenido, informe de inmediato al remitente por correo electrónico con copia a servicioalciudadano@sena.edu.co y elimine el mensaje. La retención, difusión, distribución o copia de este mensaje está prohibida y puede acarrear sanciones legales.

Para más información, consulte nuestras Políticas de Seguridad y Privacidad de la Información y las Políticas de Tratamiento para la Protección de Datos Personales, disponibles en el sitio web del SENA.

Este mensaje y sus archivos adjuntos son de uso exclusivo de su destinatario intencional y puede contener información legalmente protegida y confidencial del HOSPITAL PABLO TOBON URIBE. En caso de no ser usted el destinatario intencional del mensaje por favor infórmenos y elimine el mensaje y sus archivos adjuntos de sus sistemas de información.
Le comunicamos que cualquier uso indebido de la información aquí contenida está sancionada legalmente.
Agradecemos su atención.

MISIÓN
Cuidar la salud y la vida con excelencia y de manera compasiva, generar y transmitir conocimiento, centrados en la persona, con sentido trascendente y de responsabilidad social.

VISIÓN
Ser Hospital sobresaliente en humanismo, conocimiento, investigación, innovación y por contribuir a un mundo mejor.

HOSPITAL PABLO TOBON URIBE

Luis German Henao Maya
Regional Antioquia - Contratista
lghenaom@sena.edu.co
PBX:+(57) 601 5461500
Calle 51 # 57-70

Este mensaje y cualquier archivo adjunto pueden contener información pública clasificada y/o reservada bajo custodia o propiedad del SENA, destinada exclusivamente a su(s) destinatario(s). Dicha información debe ser utilizada únicamente para la finalidad con la que fue enviada y en cumplimiento de la normativa aplicable.

Si usted no es el destinatario autorizado o ha recibido este mensaje por error, le solicitamos que omita su contenido, informe de inmediato al remitente por correo electrónico con copia a servicioalciudadano@sena.edu.co y elimine el mensaje. La retención, difusión, distribución o copia de este mensaje está prohibida y puede acarrear sanciones legales.

Para más información, consulte nuestras Políticas de Seguridad y Privacidad de la Información y las Políticas de Tratamiento para la Protección de Datos Personales, disponibles en el sitio web del SENA.

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

CUADRO BASE DE LIQUIDACIÓN APRENDICES

REGIONAL	**REGIONAL ANTIOQUIA**	**FECHA**	10 de septiembre de 2026
		No.	202538
RAZON SOCIAL	**OXISALUD S.A.S.**	**NIT**	811013645
DIRECCION	Calle29#65-46	**TEL**	3102107151

RESOLUCION APRENDICES No.	Fecha de Expedición	Fecha de Ejecutoria	Cuota regulada	RESOLUCION APRENDICES No.	Fecha de Expedición	Fecha de Ejecutoria	Cuota regulada
1) Resolución No. 008974 Ejecut. 22-oct.-2024	27-sep.-2024	22-oct.-2024	2	-			
-				-			
-				-			
-				-			
-				-			

	2023	2024	2025	2026
SMMLV	-	-	-	1.750.905,00
VALOR ASIGNADO	-	-	-	15.758.145,00
FACTOR BASE LIQUIDACION	-	-	-	-
VALOR DE LA LIQUIDACION ANUAL	-	-	-	15.758.145,00
PAGOS O ABONOS(MN)	-	-	-	8.054.164,00
INTERESES DE MORA	-	-	-	0,00
MULTA (11,00)	-	-	-	0,00
VALOR TOTAL POR PERIODO	-	-	-	-175.091,50
INTERESES EXTEMPORANEOS(10-sep.-2026)	0,00			
MENOS VR POR COMPENSACIÓN	0,00			
VALOR TOTAL DE LA LIQUIDACIÓN	**-175.092,00**			

Se realiza liquidación por el período comprendido del 1-jun.-2026 A 31-ago.-2026 asi

	ASIGNADOS	ABONOS	INCUMPLIDOS
VIGENCIA 2023:	-	-	-
OBSERVACIÓN			
VIGENCIA 2024:	-	-	-
OBSERVACIÓN			
VIGENCIA 2025:	-	-	-
OBSERVACIÓN			
VIGENCIA 2026:	15.758.145,00	8.054.164,00	-175.091,50
OBSERVACIÓN SE TUVO EN CUENTA ACUERDO 011 DE 2008,			

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

Elaborado por JAIME ALONSO CAÑAS MERINO. Se revisó la H/de Vida, el S.G.V.A. donde se registran los contratos de aprendizaje y el Sistema Nacional de Pagos donde se registran los pagos por concepto de abonos por incumplimiento a cargo de la compañia. Se establece que la empresa OXISALUD S.A.S. con NIT No. 811013645 presenta cumplimiento con la cuota regulada de aprendices por el periodo comprendido del 1-jun.-2026 A 31-ago.-2026, según cuadro base de liquidación No. 202538 del 10 de septiembre de 2026.

"Para efectuar el pago" a través de internet > pagina www.sena.edu.co > Att al Ciudadano > pagos en línea > registra su empresa, en código de usuario el NIT sin DV sin puntos ni comas, y continúe con el procedimiento en la opción, recaudos cartera > contrato de aprendizaje > liquidación de fiscalización No. 202538

_____
Fiscalizador

Alcaldía de Medellín

Reporte del formulario RH1

OXISALUD SAS

Instalación: OXISALUD S.A.S

Dirección:CL 29 65 46

Periodo de reporte: Agosto de 2026

Tipo de residuo	Residuo	Cantidad en Kg	Color bolsa
No Peligrosos	Aprovechables Inorgánicos	21.660	Blanca (Aplica)
	Aprovechables orgánicos	35.380	Verde (Aplica)
	No Aprovechables	57.950	Negra (Aplica)
	Total Kg reportados:	114.990	

Residuos reportados en cero:

Aprovechables Resolución 482 de 2009, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Biosanitarios, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Anatomopatológicos, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Cortopunzantes, Infecciosos o de Riesgo Biológico - De animales, Radiactivos, Corrosivos, Explosivo, Reactivo, Tóxico, Inflamable, COVID 19 biosanitarios,

Alcaldía de Medellín

Reporte del formulario RH1

OXISALUD SAS

Instalación: OXISALUD S.A.S

Dirección:CL 29 65 46

Periodo de reporte: Julio de 2026

Tipo de residuo	Residuo	Cantidad en Kg	Color bolsa
No Peligrosos	No Aprovechables	59.930	Negra (Aplica)
	Aprovechables orgánicos	35.040	Verde (Aplica)
	Aprovechables Inorgánicos	30.470	Blanca (Aplica)
	Total Kg reportados:	125.440	

Residuos reportados en cero:

Aprovechables Resolución 482 de 2009, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Biosanitarios, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Anatomopatológicos, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Cortopunzantes, Infecciosos o de Riesgo Biológico - De animales, Radiactivos, Corrosivos, Explosivo, Reactivo, Tóxico, Inflamable, COVID 19 biosanitarios,

CERTIFICADO DE TRATAMIENTO MA2802-000000183655

La suscrita sociedad certifica que fueron recibidos para manejo integral **14 KGS** de la empresa **OXISALUD SAS** identificada con NIT **8110136459** ubicada en direccion **CLL 29 65 46** y teléfono **3155400761**, de acuerdo con la siguiente relación:

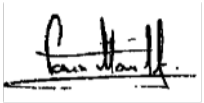
SEDE	FECHA RECEPCIÓN	CORRIENTE	NÚMERO SOLICITUD	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL RESIDUO	CANTIDAD	UNIDAD	TRATAMIENTO	DISPOSICIÓN
OXISALUD - SEDE ADMINISTRATIVA	2026-08-12	Y1.2	SO-0989012	AS001168699	BIOSANITARIOS DE ATENCIÓN EN SALUD	6	KGS	DESACTIVACION	RELLENO SANITARIO
OXISALUD - SEDE ADMINISTRATIVA	2026-08-27	Y1.2	SO-1008645	AS001201722	BIOSANITARIOS DE ATENCIÓN EN SALUD	8	KGS	DESACTIVACION	RELLENO SANITARIO

Que en el periodo comprendido entre **2026-08-12** y el **2026-09-08**, Los residuos fueron tratados en instalaciones de Asesorías, Servicios Ecológicos e Industriales S.A.S., identificada con Nit. 800.201.648-7 de conformidad con las autorizaciones ambientales otorgadas por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA), en virtud de la Resolución No. 0793 del 16 de noviembre de 2006 correspondiente al Plan de Manejo Ambiental, la Resolución No. 2313 del 10 de noviembre de 2020 mediante la cual se otorga el permiso de emisiones atmosféricas. Los residuos Biosanitarios gestionados en Antioquia que recibieron tratamiento por Esterilización fueron tratados en ECOLOGISTICA S.A.S E.S.P con Nit. 900024398-4 de conformidad con la Licencia Ambiental otorgada por CORANTIOQUIA, a través de la Resolución No. 160AN-RES1811-6388 de 19 de noviembre de 2018. Cuando se requiera la intervención de otros gestores por la especialidad del tratamiento, se cuenta con aliados estratégicos, los cuales poseen licencias, permisos o autorizaciones otorgadas por la autoridad ambiental competente. Estas licencias, permisos o autorizaciones y las certificaciones expedidas por estos gestores, en donde se establece el tipo de manejo que reciban los residuos, reposan en las instalaciones de la empresa y pueden ser consultadas por los interesados.

Con la presente ha concluido la actividad de manejo de residuos para la cual fue contratado de conformidad con lo acordado entre las partes.

Este documento se expide a los 09 días del mes de septiembre de 2026

Como constancia Firma:



Carlos Esteban Martínez Ascencio
C.C 1013586954
Director de Disposición

CERTIFICADO DE TRATAMIENTO MA2802-000000158299

La suscrita sociedad certifica que fueron recibidos para manejo integral **1203 KGS** de la empresa **OXISALUD SAS** identificada con NIT **8110136459** ubicada en direccion **CLL 29 65 46** y teléfono **3155400761**, de acuerdo con la siguiente relación:

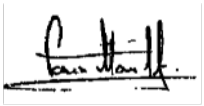
SEDE	FECHA RECEPCIÓN	CORRIENTE	NÚMERO SOLICITUD	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL RESIDUO	CANTIDAD	UNIDAD	TRATAMIENTO	DISPOSICIÓN
OXISALUD - SEDE ADMINISTRATIVA	2026-07-09	Y1.2	SO-0932843	AS001099770	BIOSANITARIOS DE ATENCIÓN EN SALUD	7	KGS	DESACTIVACION	RELLENO SANITARIO
OXISALUD - SEDE ADMINISTRATIVA	2026-07-09	Sin Corriente	SO-0956726	AS001100459	PRODUCTO TERMINADO NO CONFORME	1196	KGS	INCINERACIÓN	RELLENO SANITARIO

Que en el periodo comprendido entre **2026-07-09** y el **2026-07-29**, Los residuos fueron tratados en instalaciones de Asesorías, Servicios Ecológicos e Industriales S.A.S., identificada con Nit. 800.201.648-7 de conformidad con las autorizaciones ambientales otorgadas por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA), en virtud de la Resolución No. 0793 del 16 de noviembre de 2006 correspondiente al Plan de Manejo Ambiental, la Resolución No. 2313 del 10 de noviembre de 2020 mediante la cual se otorga el permiso de emisiones atmosféricas. Los residuos Biosanitarios gestionados en Antioquia que recibieron tratamiento por Esterilización fueron tratados en ECOLOGISTICA S.A.S E.S.P con Nit. 900024398-4 de conformidad con la Licencia Ambiental otorgada por CORANTIOQUIA, a través de la Resolución No. 160AN-RES1811-6388 de 19 de noviembre de 2018. Cuando se requiera la intervención de otros gestores por la especialidad del tratamiento, se cuenta con aliados estratégicos, los cuales poseen licencias, permisos o autorizaciones otorgadas por la autoridad ambiental competente. Estas licencias, permisos o autorizaciones y las certificaciones expedidas por estos gestores, en donde se establece el tipo de manejo que reciban los residuos, reposan en las instalaciones de la empresa y pueden ser consultadas por los interesados.

Con la presente ha concluido la actividad de manejo de residuos para la cual fue contratado de conformidad con lo acordado entre las partes.

Este documento se expide a los 30 días del mes de julio de 2026

Como constancia Firma:



Carlos Esteban Martínez Ascencio
C.C 1013586954
Director de Disposición

CERTIFICADO DE TRATAMIENTO MA2802-000000155720

La suscrita sociedad certifica que fueron recibidos para manejo integral **9.6 KGS** de la empresa **OXISALUD SAS** identificada con NIT **8110136459** ubicada en direccion **CLL 29 65 46** y teléfono **3155400761**, de acuerdo con la siguiente relación:

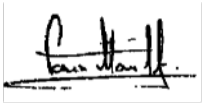
SEDE	FECHA RECEPCIÓN	CORRIENTE	NÚMERO SOLICITUD	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL RESIDUO	CANTIDAD	UNIDAD	TRATAMIENTO	DISPOSICIÓN
OXISALUD - SEDE ADMINISTRATIVA	2026-06-11	Y1.2	SO-0893852	AS001046326	BIOSANITARIOS DE ATENCIÓN EN SALUD	6	KGS	DESACTIVACION	RELLENO SANITARIO
OXISALUD - SEDE ADMINISTRATIVA	2026-06-24	Y1.2	SO-0867737	AS001071070	BIOSANITARIOS DE ATENCIÓN EN SALUD	3.6	KGS	DESACTIVACION	RELLENO SANITARIO

Que en el periodo comprendido entre **2026-06-11** y el **2026-07-06**, Los residuos fueron tratados en instalaciones de Asesorías, Servicios Ecológicos e Industriales S.A.S., identificada con Nit. 800.201.648-7 de conformidad con las autorizaciones ambientales otorgadas por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA), en virtud de la Resolución No. 0793 del 16 de noviembre de 2006 correspondiente al Plan de Manejo Ambiental, la Resolución No. 2313 del 10 de noviembre de 2020 mediante la cual se otorga el permiso de emisiones atmosféricas. Los residuos Biosanitarios gestionados en Antioquia que recibieron tratamiento por Esterilización fueron tratados en ECOLOGISTICA S.A.S E.S.P con Nit. 900024398-4 de conformidad con la Licencia Ambiental otorgada por CORANTIOQUIA, a través de la Resolución No. 160AN-RES1811-6388 de 19 de noviembre de 2018. Cuando se requiera la intervención de otros gestores por la especialidad del tratamiento, se cuenta con aliados estratégicos, los cuales poseen licencias, permisos o autorizaciones otorgadas por la autoridad ambiental competente. Estas licencias, permisos o autorizaciones y las certificaciones expedidas por estos gestores, en donde se establece el tipo de manejo que reciban los residuos, reposan en las instalaciones de la empresa y pueden ser consultadas por los interesados.

Con la presente ha concluido la actividad de manejo de residuos para la cual fue contratado de conformidad con lo acordado entre las partes.

Este documento se expide a los 07 días del mes de julio de 2026

Como constancia Firma:



Carlos Esteban Martínez Ascencio
C.C 1013586954
Director de Disposición

Alcaldía de Medellín

Reporte del formulario RH1

OXISALUD SAS

Instalación: OXISALUD S.A.S

Dirección:CL 29 65 46

Periodo de reporte: Junio de 2026

Tipo de residuo	Residuo	Cantidad en Kg	Color bolsa
No Peligrosos	Aprovechables orgánicos	25.670	Verde (Aplica)
	Aprovechables Inorgánicos	17.020	Blanca (Aplica)
	No Aprovechables	22.220	Negra (Aplica)
Peligrosos	Infecciosos o de Riesgo Biológico - Biosanitarios	32.600	Rojo
	Total Kg reportados:	97.510	

Residuos reportados en cero:

Aprovechables Resolución 482 de 2009, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Anatomopatológicos, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Cortopunzantes, Infecciosos o de Riesgo Biológico - De animales, Radiactivos, Corrosivos, Explosivo, Reactivo, Tóxico, Inflamable, COVID 19 biosanitarios, COVID 19 anatomopalogicos, COVID 19

Alcaldía de Medellín

Reporte del formulario RH1

OXISALUD SAS

Instalación: OXISALUD PLANTA

Dirección:CL 29 65 50

Periodo de reporte: Junio de 2026

Tipo de residuo	Residuo	Cantidad en Kg	Color bolsa
No Peligrosos	Aprovechables Inorgánicos	15.570	Blanca (Aplica)
	No Aprovechables	14.780	Negra (Aplica)
	Total Kg reportados:	30.350	

Residuos reportados en cero:

Aprovechables orgánicos, Aprovechables Resolución 482 de 2009, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Biosanitarios, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Anatomopatológicos, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Cortopunzantes, Infecciosos o de Riesgo Biológico - De animales, Radiactivos, Corrosivos, Explosivo, Reactivo, Tóxico, Inflamable,

CERTIFICADO DE TRATAMIENTO MA2802-000000158298

La suscrita sociedad certifica que fueron recibidos para manejo integral **11 KGS** de la empresa **OXISALUD SAS** identificada con NIT **8110136459** ubicada en direccion **CLL 29 65 46** y teléfono **3155400761**, de acuerdo con la siguiente relación:

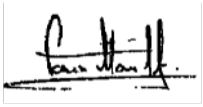
SEDE	FECHA RECEPCIÓN	CORRIENTE	NÚMERO SOLICITUD	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL RESIDUO	CANTIDAD	UNIDAD	TRATAMIENTO	DISPOSICIÓN
OXISALUD - SEDE ADMINISTRATIVA	2026-05-29	Y1.2	SO-0905079	AS001048384	BIOSANITARIOS DE ATENCIÓN EN SALUD	11	KGS	DESACTIVACION	RELLENO SANITARIO

Que en el periodo comprendido entre **2026-05-29** y el **2026-06-18**, Los residuos fueron tratados en instalaciones de Asesorías, Servicios Ecológicos e Industriales S.A.S., identificada con Nit. 800.201.648-7 de conformidad con las autorizaciones ambientales otorgadas por el Área Metropolitana del Valle de Aburrá (AMVA), en virtud de la Resolución No. 0793 del 16 de noviembre de 2006 correspondiente al Plan de Manejo Ambiental, la Resolución No. 2313 del 10 de noviembre de 2020 mediante la cual se otorga el permiso de emisiones atmosféricas. Los residuos Biosanitarios gestionados en Antioquia que recibieron tratamiento por Esterilización fueron tratados en ECOLOGISTICA S.A.S E.S.P con Nit. 900024398-4 de conformidad con la Licencia Ambiental otorgada por CORANTIOQUIA, a través de la Resolución No. 160AN-RES1811-6388 de 19 de noviembre de 2018. Cuando se requiera la intervención de otros gestores por la especialidad del tratamiento, se cuenta con aliados estratégicos, los cuales poseen licencias, permisos o autorizaciones otorgadas por la autoridad ambiental competente. Estas licencias, permisos o autorizaciones y las certificaciones expedidas por estos gestores, en donde se establece el tipo de manejo que reciban los residuos, reposan en las instalaciones de la empresa y pueden ser consultadas por los interesados.

Con la presente ha concluido la actividad de manejo de residuos para la cual fue contratado de conformidad con lo acordado entre las partes.

Este documento se expide a los 19 días del mes de junio de 2026

Como constancia Firma:



Carlos Esteban Martínez Ascencio
C.C 1013586954
Director de Disposición

Alcaldía de Medellín

Reporte del formulario RH1

OXISALUD SAS

Instalación: OXISALUD S.A.S

Dirección:CL 29 65 46

Periodo de reporte: Mayo de 2026

Tipo de residuo	Residuo	Cantidad en Kg	Color bolsa
No Peligrosos	Biodegradables	19.160	Verde
	Ordinarios	21.390	Negra
	Reciclables	19.510	Blanca
Peligrosos	Infecciosos o de Riesgo Biológico - Biosanitarios	31	Rojo
	Total Kg reportados:	91.060	

Residuos reportados en cero:

Reciclables por la Resolución 482 de 2009, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Anatomopatológicos, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Cortopunzantes, Infecciosos o de Riesgo Biológico - De animales, Radiactivos, Corrosivos, Explosivo, Reactivo, Tóxico, Inflamable, COVID 19 biosanitarios, COVID 19 anatomopalogicos, COVID 19

Alcaldía de Medellín

Reporte del formulario RH1

OXISALUD SAS

Instalación: OXISALUD PLANTA

Dirección:CL 29 65 50

Periodo de reporte: Mayo de 2026

Tipo de residuo	Residuo	Cantidad en Kg	Color bolsa
No Peligrosos	Ordinarios	20.770	Negra
	Reciclables	16.170	Blanca
	Total Kg reportados:	36.940	

Residuos reportados en cero:

Biodegradables, Reciclables por la Resolución 482 de 2009, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Biosanitarios, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Anatomopatológicos, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Cortopunzantes, Infecciosos o de Riesgo Biológico - De animales, Radiactivos, Corrosivos, Explosivo, Reactivo, Tóxico, Inflamable,

Alcaldía de Medellín

Reporte del formulario RH1

OXISALUD SAS

Instalación: OXISALUD

Dirección:CL 34 66 A 61

Periodo de reporte: Mayo de 2026

Tipo de residuo	Residuo	Cantidad en Kg	Color bolsa
No Peligrosos	Ordinarios	20.770	Negra
	Reciclables	19.090	Blanca
	Total Kg reportados:	39.860	

Residuos reportados en cero:

Biodegradables, Reciclables por la Resolución 482 de 2009, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Biosanitarios, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Anatomopatológicos, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Cortopunzantes, Infecciosos o de Riesgo Biológico - De animales, Radiactivos, Corrosivos, Explosivo, Reactivo, Tóxico, Inflamable,

Alcaldía de Medellín

Reporte del formulario RH1

OXISALUD SAS

Instalación: OXISALUD S.A.S

Dirección:CL 29 65 46

Periodo de reporte: Abril de 2026

Tipo de residuo	Residuo	Cantidad en Kg	Color bolsa
No Peligrosos	Biodegradables	31.400	Verde
	Ordinarios	26.970	Negra
Peligrosos	Infecciosos o de Riesgo Biológico - Biosanitarios	48	Rojo
	Total Kg reportados:	106.370	

Residuos reportados en cero:

Reciclables, Reciclables por la Resolución 482 de 2009, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Anatomopatológicos, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Cortopunzantes, Infecciosos o de Riesgo Biológico - De animales, Radiactivos, Corrosivos, Explosivo, Reactivo, Tóxico, Inflamable, COVID 19 biosanitarios, COVID 19 anatomopalogicos, COVID 19

Alcaldía de Medellín

Reporte del formulario RH1

OXISALUD SAS

Instalación: OXISALUD S.A.S

Dirección:CL 29 65 46

Periodo de reporte: Abril de 2026

Tipo de residuo	Residuo	Cantidad en Kg	Color bolsa
No Peligrosos	Biodegradables	31.400	Verde
	Ordinarios	26.970	Negra
Peligrosos	Infecciosos o de Riesgo Biológico - Biosanitarios	48	Rojo
	Total Kg reportados:	106.370	

Residuos reportados en cero:

Reciclables, Reciclables por la Resolución 482 de 2009, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Anatomopatológicos, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Cortopunzantes, Infecciosos o de Riesgo Biológico - De animales, Radiactivos, Corrosivos, Explosivo, Reactivo, Tóxico, Inflamable, COVID 19 biosanitarios, COVID 19 anatomopalogicos, COVID 19

Alcaldía de Medellín

Reporte del formulario RH1

OXISALUD SAS

Instalación: OXISALUD PLANTA

Dirección:CL 29 65 50

Periodo de reporte: Abril de 2026

Tipo de residuo	Residuo	Cantidad en Kg	Color bolsa
No Peligrosos	Biodegradables	0.001	Verde
	Ordinarios	23.030	Negra
	Reciclables	19.090	Blanca
Peligrosos	Infecciosos o de Riesgo Biológico - Biosanitarios	0.001	Rojo
	Total Kg reportados:	42.122	

Residuos reportados en cero:

Reciclables por la Resolución 482 de 2009, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Anatomopatológicos, Infecciosos o de Riesgo Biológico - Cortopunzantes, Infecciosos o de Riesgo Biológico - De animales, Radiactivos, Corrosivos, Explosivo, Reactivo, Tóxico, Inflamable, COVID 19 biosanitarios, COVID 19 anatomopalogicos, COVID 19

Fecha de Generación del documento: 10 de junio de 2026

Empresa: OXISALUD S.A.S.	**Identificación de la empresa:** 811013645
Contrato ARL: 094189631	**Municipio donde se prestó el servicio:**
Sede: OXISALUD CONDUCTORES	**Fecha de Elaboración:** 11/05/2026
Fecha de prestación del servicio: 11/05/2026	**Persona que modificó:** LUZ ANGELICA BENITEZ HERNANDEZ
Fecha de última modificación: 11/05/2026	**Estado del Informe:** Terminado

Asesorado por

Tipo Identificación	Número Identificación	Nombre	Prestador
Cédula	52518115	LUZ ANGELICA BENITEZ HERNANDEZ	-

Introducción

La autoevaluación de los Estándares Mínimos es realizada por el empleador, según el artículo 28 de la Resolución 0312 de 2019, y los datos que ingreses obedecen única y exclusivamente a tu criterio como Compañía. ARL SURA no suministra o diligencia información, ni somos responsables por los resultados que de ella se generen. Una vez la completes, te entregaremos algunas recomendaciones para cumplir y/o mejorar el nivel evaluado.

ARL SURA informa que la empresa referenciada en el encabezado del presente documento, en cumplimiento de la normatividad vigente, actualmente se encuentra implementando el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y para ello, la empresa aplicó la herramienta diagnóstica de la Resolución 0312 de 2019, cuyo resultado está plasmado en este informe.

Objetivos

Evaluar la efectividad y cumplimiento de las políticas, procedimientos y prácticas relacionadas con la seguridad y salud laboral, identificando áreas de mejora y proporcionando recomendaciones para fortalecer el sistema y garantizar un entorno laboral seguro y saludable.

Marco Conceptual

* Ciclo PHVA: Procedimiento lógico y por etapas que permite el mejoramiento continuo a través de los siguientes pasos:
Planificar: Se debe planificar la forma de mejorar la seguridad y salud de los trabajadores, encontrando qué cosas se están haciendo incorrectamente o se pueden mejorar y determinando ideas para solucionar esos problemas.
Hacer: Implementación de las medidas planificadas.
Verificar: Revisar que los procedimientos y acciones implementados están consiguiendo los resultados deseados.
Actuar: Realizar acciones de mejora para obtener los mayores beneficios en la seguridad y salud de los trabajadores.
* COPASST: El Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo es un organismo de promoción y vigilancia de las normas y reglamentos de seguridad y salud en el trabajo dentro de la empresa
* IPVER: Identificación de Peligros, Evaluación y Valoración de los Riesgos
* SGSST - Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo
* Peligro: Fuente o situación con potencialidad de producir daño en relación de lesión o enfermedad, daño a la propiedad, al ambiente de trabajo o una combinación de estos
* PHVA - Planear - Hacer - Verificar - Actuar
* Riesgo: Combinación de la probabilidad y la consecuencia de que ocurra un evento peligroso específico.

© 2026. SURA. Todos los derechos

El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

Marco Legal

Ley 9 de 1979: Por la cual se dictan Medidas Sanitarias

Resolución 2013 de 1986: Por la cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo en los lugares de trabajo.

Resolución 1401 de 2007: Por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.

Ley 1562 de 2012: por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional.

Resolución 652 de 2012: Por la cual se establece la conformación y funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral en entidades públicas y empresas privadas y se dictan otras disposiciones.

Resolución 1356 de 2012: Por la cual se modifica parcialmente Resolución 652 de 2012

Decreto 1072 de 2015: Decreto Único Reglamentario del sector trabajo.

Resolución 0312 de 2019: Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST.

Metodología

Conversación con la empresa para realizar el diagnóstico del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo en donde se evalúa la efectividad y cumplimiento de las políticas, procedimientos y prácticas relacionadas con la seguridad y salud laboral en una organización. A continuación, se presenta el enfoque paso a paso de esta metodología:

1. Recopilación de información: Se recopila toda la documentación relacionada con el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, como manuales, políticas, procedimientos, registros de incidentes y accidentes, entre otros.

2. Análisis: Se realiza un análisis de la información recopilada para identificar posibles oportunidades de mejoras en el sistema de gestión.

4. Evaluación documental: Se revisarán minuciosamente los documentos del sistema de gestión para verificar su cumplimiento con los requisitos legales y normativos aplicables.

5. Identificación de hallazgos: Se identificarán los hallazgos relevantes que indiquen áreas donde se requiere mejorar o fortalecer el sistema de gestión.

6. Elaboración del informe: Se redactará un informe detallado que incluya los hallazgos encontrados, recomendaciones específicas y un plan de acción para abordar las áreas de mejora identificadas.

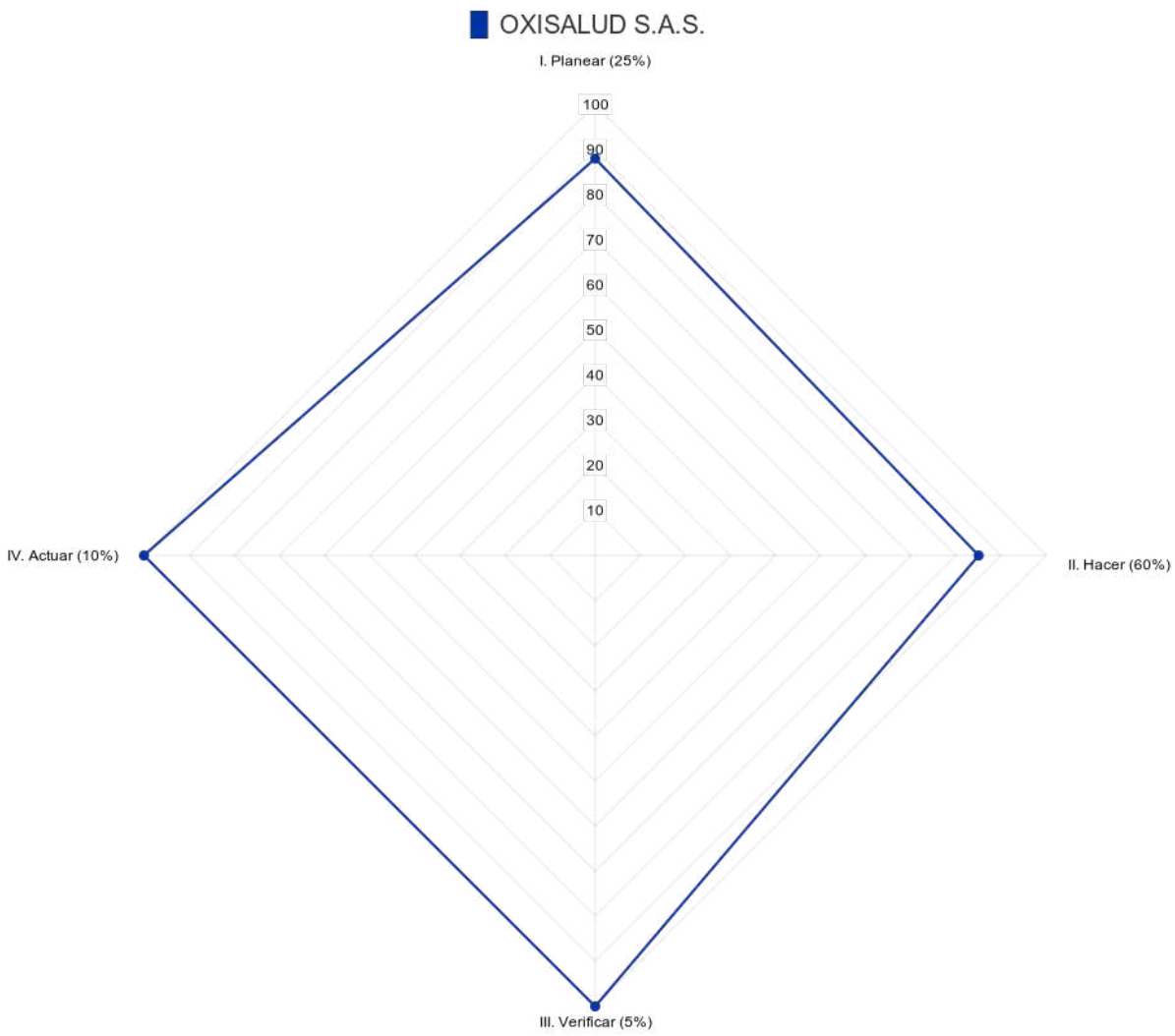
7. Presentación y seguimiento: Se presentará el informe a la alta dirección y se realizará un seguimiento para asegurar que las recomendaciones se implementen correctamente y se realicen las mejoras necesarias.

© 2026. SURA. Todos los derechos

El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

Fecha de Generación del documento: 10 de junio de 2026

Resumen de Resultados



11/05/2026 OXISALUD S.A.S.

Item evaluado	% Calificación Real	Valor Ponderado (%)	% Implementación
I. Planear (25%)	88	25	22
II. Hacer (60%)	85	60	51
III. Verificar (5%)	100	5	5
IV. Actuar (10%)	100	10	10
% Total implementación			**88.0**

De acuerdo a su porcentaje de implementación del 88.0 su resultado es ACEPTABLE.

© 2026. SURA. Todos los derechos

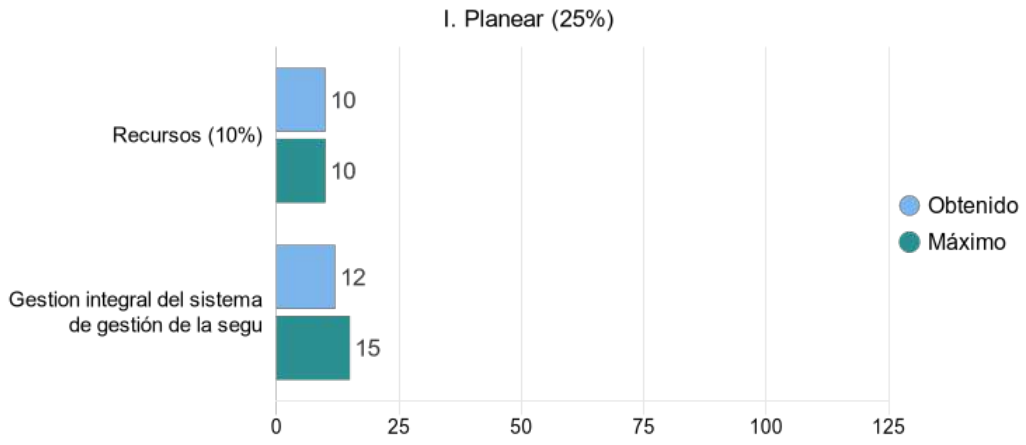
El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

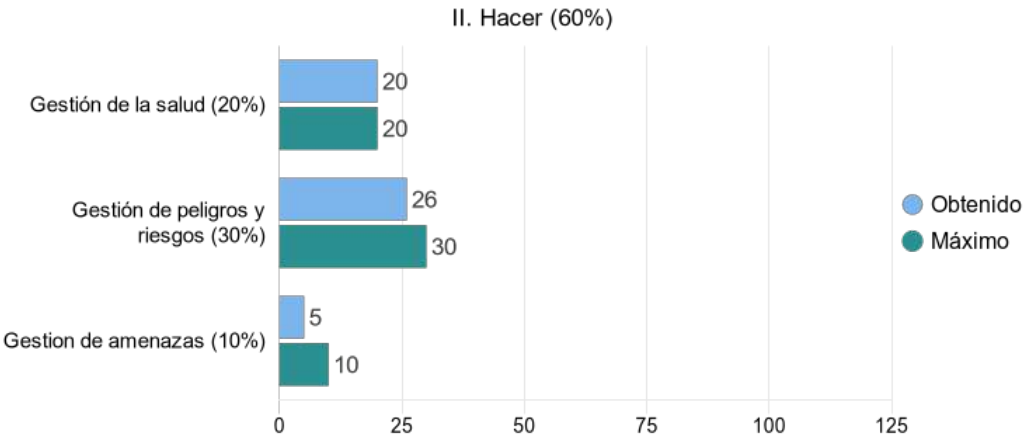
Fecha de Generación del documento: 10 de junio de 2026

Detalle gráfico

A continuación podrá encontrar el detalle gráfico de cada uno de los aspectos evaluados y podrá comparar el resultado obtenido respecto al referente máximo a obtener

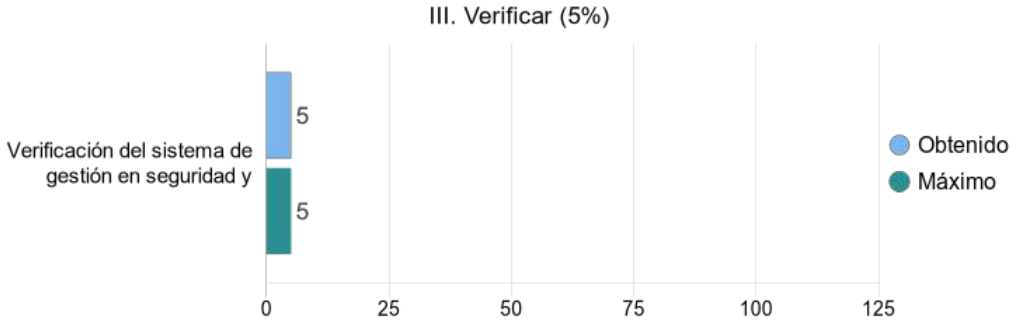
OXISALUD S.A.S.

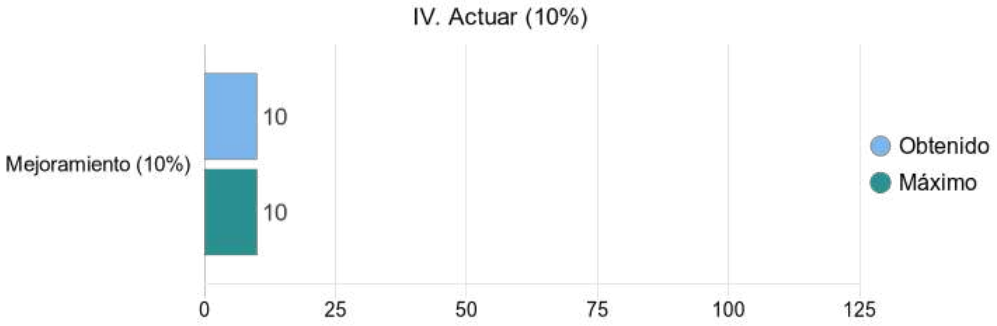




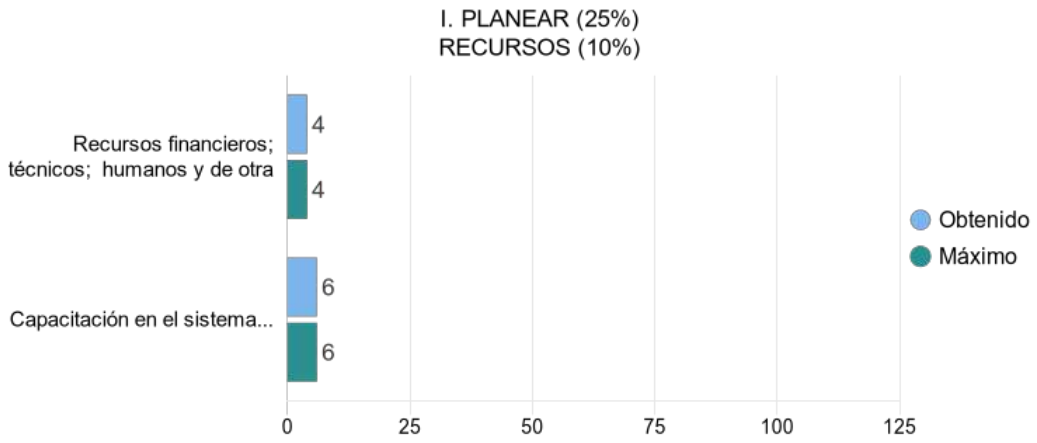
© 2026. SURA. Todos los derechos

El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.



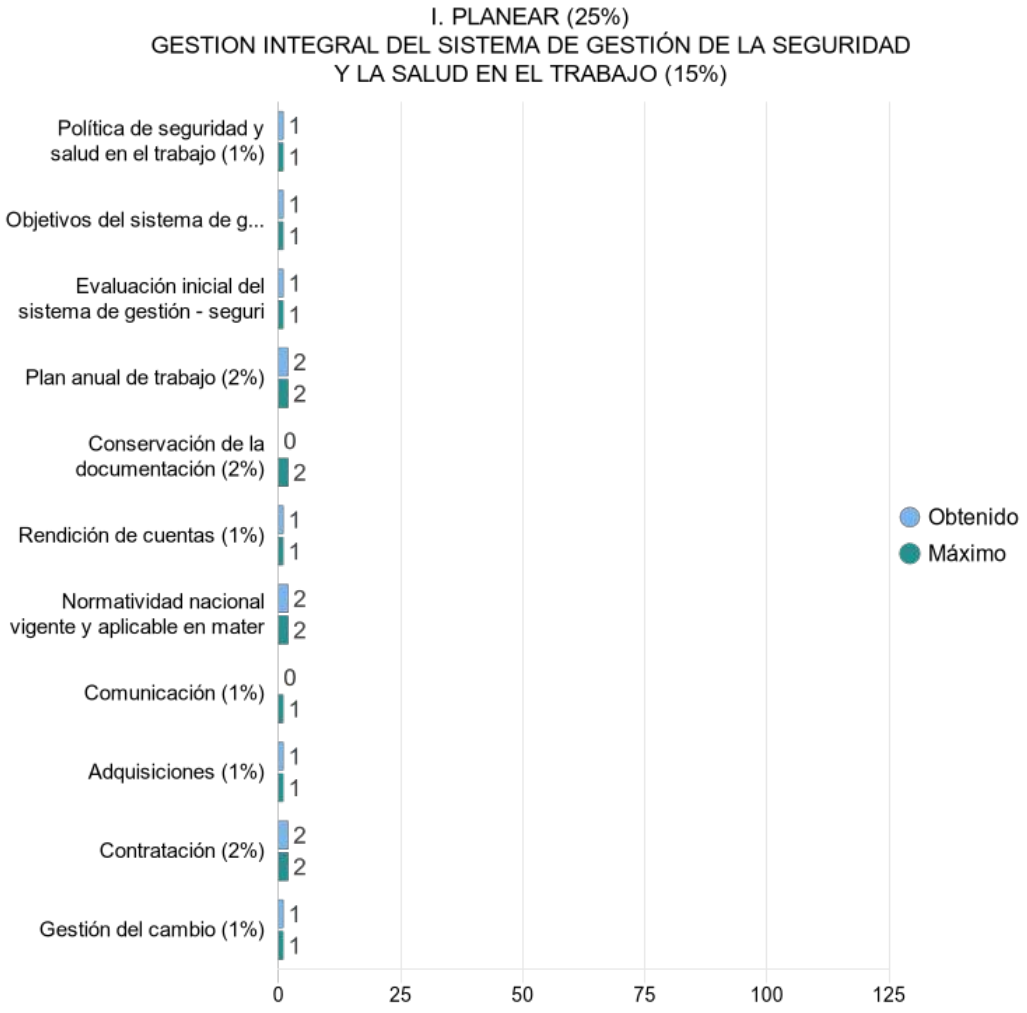


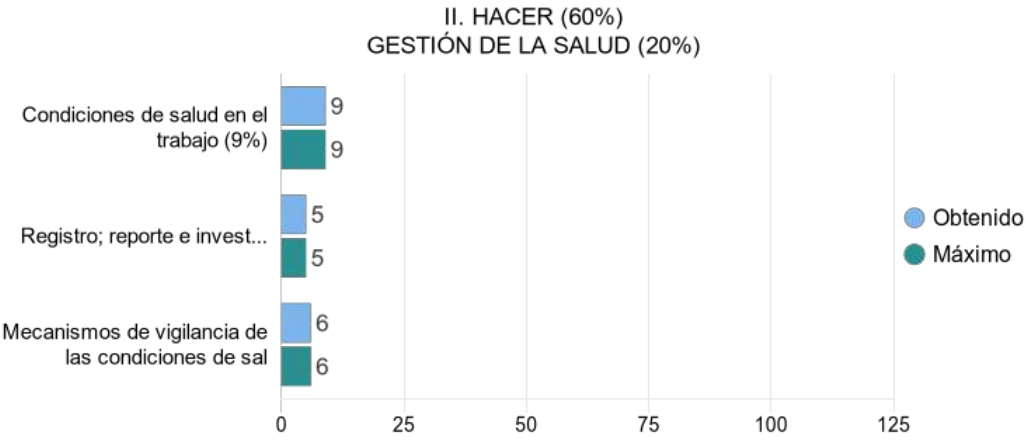
OXISALUD S.A.S.



© 2026. SURA. Todos los derechos

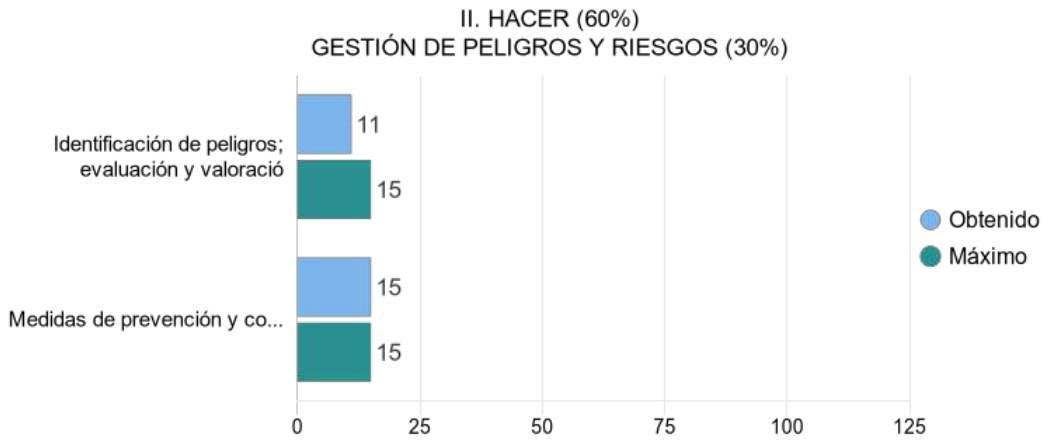
El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

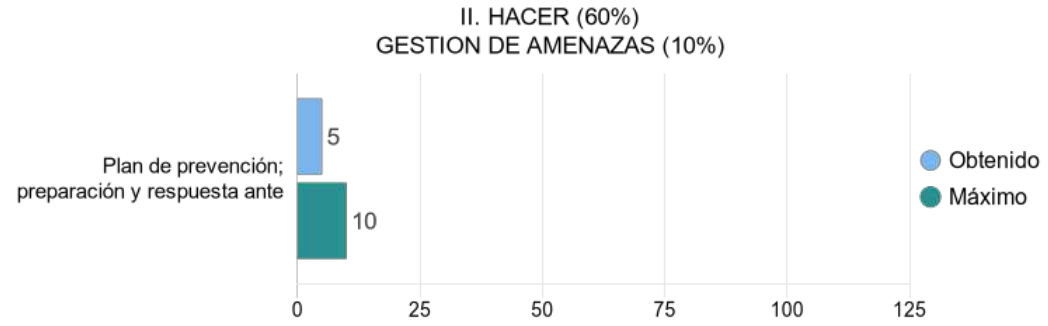


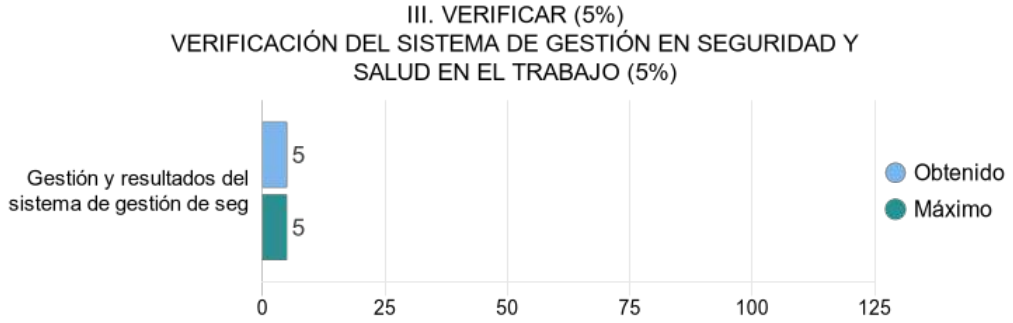


© 2026. SURA. Todos los derechos

El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

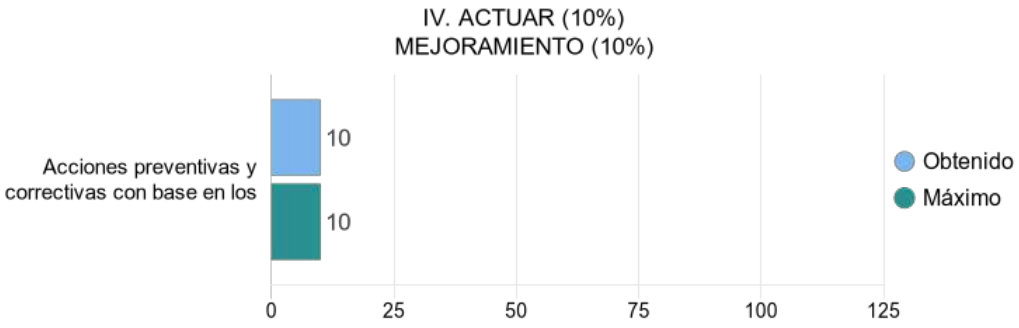






© 2026. SURA. Todos los derechos

El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.



© 2026. SURA. Todos los derechos

El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

Recomendaciones / Observaciones OXISALUD S.A.S.

Sección	Pregunta	Respuesta	Recomendaciones
I. Planear (25%)	1.1.3 Asignación de recursos para el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST (0.5%)	Cumple totalmente	Debe mantener disponible las evidencias relacionadas con: - Definición y asignación de recursos físicos, humanos y financieros acorde con el plan de trabajo anual - La definición de recursos debe estar documentada.
	1.1.4 Afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales (0.5%)	Cumple totalmente	Debe mantener disponible las evidencias relacionadas con: - Afiliación y pago de la seguridad social de los trabajadores vinculados - Afiliación a Riesgos laborales de los trabajadores independientes - Pago de riesgos laborales de los trabajadores independientes en los casos en los que aplica (riesgo IV y V) - Verificación del pago de la seguridad social de los trabajadores independientes - Verificación de las agremiaciones autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección social.
	1.1.6 Conformación COPASST (0.5%)	Cumple totalmente	Mantener disponible las evidencias relacionadas con: - Convocatoria, elección y conformación del COPASST acorde con el número de trabajadores - Vigencia de dos años del COPASST - Actas de reunión mensual - Gestión adelantada por el COPASST (participación en investigaciones de incidentes, accidentes y enfermedades laborales, inspecciones de seguridad, reporte de condiciones, participación en el SG-SST.
	1.2.2 Inducción y Reinducción en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, actividades de Promoción y Prevención PyP (2%)	Cumple totalmente	Debe mantener disponible las evidencias relacionadas con: - Registro de inducción a todos los trabajadores independiente de su forma de contratación antes del inicio de las labores - Registro de reinducción a todos los trabajadores independiente de su forma de contratación - Contenido de la inducción considerando los elementos asociados con peligros y riesgos, prevención de accidentes y enfermedades laborales, entre otros
	1.2.3 Responsables del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST con curso virtual de 50 horas (2%)	Cumple totalmente	Debe mantener disponible las evidencias relacionadas con: - El certificado de aprobación de la capacitación virtual de 50 horas del SG-SST por parte del responsable del SG-SST
	2.5.1 Archivo o retención documental del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo SG-	No cumple	Debe establecer mecanismos que garanticen la conservación de la documentación, la preservación y protección contra daño y deterioro.

© 2026. SURA. Todos los derechos

El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

	SST (2%)		Debe conservarlos por 20 años despues del cese de la relación laboral: 1. Perfiles epidemiológicos, conceptos de exámenes médicos ocupacionales 2. Resultados de exámenes médicos ocupacionales y exámenes complementarios. 3. Resultados de mediciones y monitoreo a los ambientes de trabajo. 4. Registro de actividades de capacitación, formación y entrenamiento. 5. Registro de suministro de EPP. Mantener y conservar en los medios que considere adecuado, los documentos que evidencie la gestión de Seguridad y Salud en el trabajo.
	2.8.1 Mecanismos de comunicación, auto reporte en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST (1%)	No cumple	Debe establecer mecanismos de comunicación interna y externa de los elementos de seguridad y salud en el trabajo. - Establecer mecanismos para el autoreporte de condiciones de trabajo de trabajadores y contratistas. - Llevar a cabo acciones para responder a los autoreportes de condiciones de trabajo de trabajadores y contratistas - El mecanismo de autoreporte de condiciones de trabajo debe ser conocido por todos los trabajadores independiente de su forma de contratación.
II. Hacer (60%)	3.1.4 Realización de los evaluaciones médicas ocupacionales: Peligros- Periodicidad Comunicación al Trabajador (1%)	Cumple totalmente	Debe mantener disponible las evidencias relacionadas con: - Los conceptos médicos ocupacionales - Documento con la frecuencia de realización de las evaluaciones médicas ocupacionales - Comunicación de los resultados de las evaluaciones médicas
	3.2.1 Reporte de los accidentes de trabajo y enfermedad laboral a la ARL, EPS y Dirección Territorial del Ministerio de Trabajo (2%)	Cumple totalmente	Debe mantener disponibles las evidencias relacionadas con el reporte de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales a la ARL, EPS y al Ministerio cuando corresponde.
	3.2.2 Investigación de Incidentes, Accidentes y Enfermedades Laborales (2%)	Cumple totalmente	Debe mantener disponible las evidencias relacionadas con la investigación de los incidentes, accidentes y enfermedades laborales diagnosticadas y la definición de acciones para la intervención de las causas. También del envío de las investigaciones de accidentes graves y mortales a la ARL y Ministerio.
	4.1.2 Identificación de peligros con participación de todos los niveles de la empresa (4%)	Cumple totalmente	Debe mantener disponible las evidencias relacionadas con la actualización de la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos por lo menos una vez al año o en caso eventos mortales o catastróficos.
	4.1.3 Identificación de sustancias catalogadas como	Cumple totalmente	Debe mantener disponible las evidencias relacionadas con el

© 2026. SURA. Todos los derechos

El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

	carcinogenas o con toxicidad aguda. (3%)		monitoreo y control permanente de la exposición a agentes o sustancias catalogadas como carcinógenas o de toxicidad aguda.
	4.1.4 Realización mediciones ambientales, químicos, físicos y biológicos (4%)	No cumple	Debe identificar los riesgos prioritarios provenientes de peligros químicos, físicos y/o biológicos que requieren mediciones ambientales. - Llevar a cabo mediciones ambientales - Implementar las acciones resultantes de las mediciones ambientales.
	4.2.5 Mantenimiento periódico de instalaciones, equipos, máquinas, herramientas (2.5%)	Cumple totalmente	Debe mantener disponible las evidencias relacionadas con la realización del mantenimiento preventivo y correctivo de acuerdo con los manuales de uso, las inspecciones y el reporte de condiciones inseguras.
	4.2.6 Entrega de Elementos de Protección Persona EPP, se verifica con contratistas y subcontratistas (2.5%)	Cumple totalmente	Debe mantener disponible las evidencias relacionadas con la entrega, reposición y capacitación de los elementos de protección personal.
	5.1.2 Brigada de prevención conformada, capacitada y dotada (5%)	Cumple totalmente	Debe mantener disponible las evidencias relacionadas con la conformación y entrenamiento de la brigada de prevención, preparación y respuesta ante emergencias.
	5.1.1 Se cuenta con el Plan de Prevención, Preparación y respuesta ante emergencias (5%)	No cumple	Debe: - Elaborar e implementar un plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias acorde con la identificación de amenazas y análisis de vulnerabilidad. - Llevar a cabo revisión anual de la identificación de amenazas y análisis de vulnerabildad. - Elaborar e instalar los planos de las instalaciones identificando áreas y salidas de emergencia. - Instalar señalización necesaria en caso de emergencia (rutas de evacuación, salidas de emergencia, puntos de encuentro). - Planificar y llevar a cabo simulacro, documentar los hallazgos y establecer acciones para la mejora.
IV. Actuar (10%)	7.1.1 Definicion de acciones preventivas y correctivas con base en resultados del SG-SST (2.5%)	Cumple totalmente	Debe mantener disponible las evidencias relacionadas con la definición e implementación de las acciones preventivas y correctivas provenientes de: 1. La supervisión de los resultados 2. La realización de las inspecciones de seguridad 3. La medición de los indicadores 4. Las recomendaciones del COPASST 5. Investigación de incidentes, accidentes y enfermedades laborales 6. Recomendaciones de la ARL o de las autoridades competentes 7. Resultados de los indicadores

© 2026. SURA. Todos los derechos

El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

Nota: En esta tabla aparecen las preguntas que tengan recomendaciones u observaciones

© 2026. SURA. Todos los derechos

El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

Tabla de referencia para valoración:

Planes de mejora conforme al resultado de la autoevaluación de los Estándares Mínimos. Los empleadores o contratantes con trabajadores dependientes, independientes, cooperados, en misión o contratistas y estudiantes deben realizar la autoevaluación de los Estándares Mínimos, el cual tendrá un resultado que obligan o no a realizar un plan de mejora, así:

CRITERIO	VALORACIÓN	ACCIÓN
Si el puntaje obtenido es menor al 60%	CRÍTICO	1. Realizar y tener a disposición del Ministerio del Trabajo un Plan de Mejoramiento de inmediato. 2. Enviar a la respectiva Administradora de Riesgos Laborales a la que se encuentre afiliada el empleador o contratante, un reporte de avances en el termino maximo de tres (3) meses despues de realizada la autoevaluacion de estandares Minimos. 3. Seguimiento anual y plan de visita a la empresa con valoracion critica, por parte del Ministerio del trabajo.
Si el puntaje obtenido está entre el 60 y 85%	MODERADAMENTE ACEPTABLE	1. Realizar y tener a disposición del Ministerio del Trabajo un Plan de Mejoramiento. 2. Enviar a la Administradora de Riesgos Laborales un reporte de avances en el termino maximo de seis (6) meses despues de realizada la autoevaluacion de Estandares Minimos. 3. Plan de visita por parte del Ministerio del trabajo.
Si el puntaje obtenido es mayor a 85%	ACEPTABLE	1. Mantener la calificación y evidencias a disposición del Ministerio del Trabajo, e incluir en el Plan de Anual de Trabajo las mejoras que se establezcan de acuerdo con la evaluacion.

© 2026. SURA. Todos los derechos

El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

Bibliografía

COLOMBIA. MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. Ley 9 (24, enero, 1979). Por la cual se dictan Medidas Sanitarias.

COLOMBIA. MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. Resolución 2013. (06, junio, 1986). Por la cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo en los lugares de trabajo.

COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1401. (14, mayo, 2007). Por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.

COLOMBIA. MINISTERIO DE TRABAJO. Ley 1562 de 2012. (11, julio, 2012). por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional.

COLOMBIA. MINISTERIO DE TRABAJO. Resolución 652. (30, abril, 2012). Por la cual se establece la conformación y funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral en entidades públicas y empresas privadas y se dictan otras disposiciones

COLOMBIA. MINISTERIO DE TRABAJO. Resolución 1356. (18, Julio, 2012). Por la cual se modifica parcialmente Resolución 652 de 2012.

COLOMBIA. MINISTERIO DE TRABAJO. Decreto 1072. (26, mayo, 2015). Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo.

COLOMBIA. MINISTERIO DE TRABAJO. Resolución 0312. (13, febrero, 2019). Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.

© 2026. SURA. Todos los derechos

El presente informe tiene el carácter de un concepto técnico. Las conclusiones y/o recomendaciones en él contenidas se emiten en razón de la especialidad de los profesionales que intervinieron en su realización y no tienen carácter vinculante ni obligatorio.

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. – ARL SURA

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

En cumplimiento de la normatividad vigente, actualmente se encuentra implementando el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) y para ello, OXISALUD S.A.S. aplicó la herramienta diagnóstica de la Resolución 0312 de 2019 el 11/05/2026 cuyo resultado se presenta en este informe.

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

El resultado obtenido es:

Item evaluado	% Calificación Real	Valor Ponderado (%)	% Implementación
I. Planear (25%)	88	25	22
II. Hacer (60%)	85	60	51
III. Verificar (5%)	100	5	5
IV. Actuar (10%)	100	10	10
% Total implementación			**88.0**

De acuerdo a su porcentaje de implementación del 88.0 su resultado es ACEPTABLE.

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

La presente comunicación se expide a solicitud de la empresa el 10/06/2026.

Atentamente



Gerencia Técnica Arl Sura
Código transacción: 7200699

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 224988
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**UL**
SERIE *Series*	:	**106320**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**14842**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**14842**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-09-11**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-09-11**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 3000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0 a 3.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA
AREA SOLICITANTE	:	PRODUCCIÓN
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Aire

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	23,76 ± 0,36	50,5 ± 1,8
MÁXIMA	24,06 ± 0,36	50,5 ± 1,8

CERTIFICADO NÚMERO: **224988**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

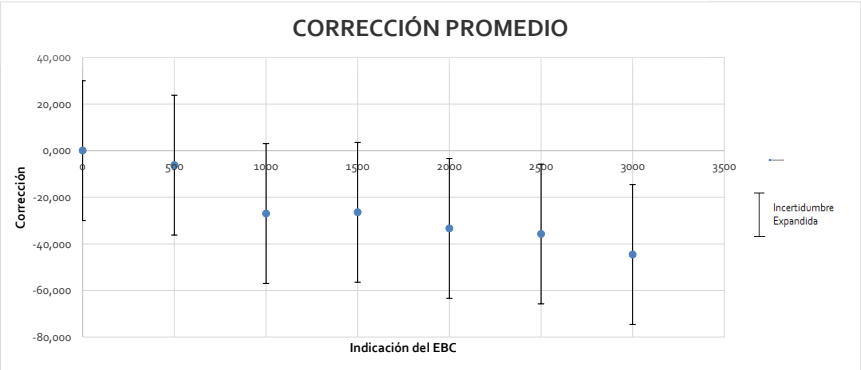
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	1.000	973,6	-26,4
2/3	2.000	1.963,6	-36,4
3/3	3.000	2.957,9	-42,1

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
0	0,00	0,000	0	± 29	No aplica
500	493,80	1,400	-6	± 29	No aplica
1000	973,03	1,200	-27	± 29	No aplica
1500	1473,55	3,200	-26	± 29	No aplica
2000	1966,63	2,400	-33	± 29	No aplica
2500	2464,23	3,300	-36	± 29	No aplica
3000	2955,43	3,000	-45	± 29	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: -45 psi



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 45 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

% de Error = $\frac{45,0}{3000}$ = 1,500%

CERTIFICADO NÚMERO: **224988**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,00	0,00	0,00	0,00	± 0,21
3,45	3,40	0,01	-0,04	± 0,21
6,89	6,71	0,01	-0,19	± 0,21
10,34	10,16	0,02	-0,18	± 0,21
13,79	13,56	0,02	-0,23	± 0,21
17,24	16,99	0,02	-0,25	± 0,21
20,68	20,38	0,02	-0,31	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:

- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **224988**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

EDISON ANDRÉS TANGARIFE FLÓREZ
Ingeniero Biomédico

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-09-11
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 261152
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO PÉREZ** **300-395-3954**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65-46, MEDELLÍN**
INSTRUMENTO *Instrument*	:	**TERMÓMETRO INFRARROJO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**KLEIN TOOLS**
SERIE *Series*	:	**S.I**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO IDENTIFICACIÓN *Identification Code*	:	**28998**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active code*	:	**28998**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-09-11**
FECHA DE RECEPCIÓN *Date of Reception*	:	**2025-09-10**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *Number of pages including annexes*	:	**TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

RESOLUCIÓN:	: 0,1 °C
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	: (5,9 a 59,8) °C
SITIO DE CALIBRACIÓN	: LABORATORIO MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.
AREA SOLICITANTE	: PLANTA

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

El método usado para la calibración es el de comparación por un patrón de referencia según instructivo interno GIN-IN-007.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales al inicio y fin de las pruebas, estas se refieren al sitio, y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

CERTIFICADO NÚMERO: **261152**
Certificate Number

	TEMPERATURA (ºC)	HUMEDAD RELATIVA (%hr)
MÍNIMA	21,61 ± 0,39	51,2 ± 2,9
MÁXIMA	22,01 ± 0,39	52,2 ± 2,9

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95 % , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

Los valores de la tabla se expresan en °C

VALOR EQUIPO DE PRUEBA	VALOR EQUIPO PATRÓN CORREGIDO	CORRECCIÓN A LA INDICACIÓN	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
5,90	6,0783	0,18	±0,30	No aplica
9,80	10,0095	0,21	±0,30	No aplica
30,00	30,0123	0,01	±0,30	No aplica
59,80	60,0275	0,23	±0,30	No aplica

Corrección Máxima: 0,23 °C



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: **261152**
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-01-117AR Termómetro digital con RTD Pt100	MET-LT-CC 50450 Y MET-LT-CC 50451	METROLABOR LTDA.	2025-07-21
P-06-502 Termohigrómetro Digital	288703	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-02-07

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El *valor del equipo de prueba* corresponde a un promedio de 4 mediciones de la lectura de éste.
- El *valor del equipo patrón* corresponde a un promedio de 4 mediciones de la lectura de éste, mas la corrección a la indicación obtenida de su certificado de calibración.
- Al valor indicado por el equipo de prueba se le debe sumar la corrección a la indicación para obtener la temperatura verdadera
  Temperatura corregida = Indicación + Corrección a la indicación
- La incertidumbre expandida reportada en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:
  *Incertidumbre Expandida=(Incertidumbre Combinada) * (Factor de Cobertura K)*
- Los datos reportados tendrán una cifra más que la resolución del equipo debido al cálculo del promedio.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by



CINDY JULIETH OSORIO ABELLO
Metróloga

Revisó
Reviewed

PERSONA QUE REVISÓ
Profesión

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-09-11
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 275372
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN SEBASTIÁN TORRES** 300-395-3954

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **FLUJÓMETRO DIGITAL**

FABRICANTE *Manufacturer* : **AIR METAN**

SERIE *Series* : **S.I.**

MODELO *Model* : **0.5 - 5 LPM**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **8854**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **8854**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2025-12-02**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2025-12-02**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	(0,25 y 5) lpm
RESOLUCIÓN:	:	(0,25 / 0,5 / 1 / 2 / 5) lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0,25 a 0,5) lpm / (0,5 a 2) lpm / (2 a 4) lpm / (4 a 10) lpm / (10 a 15) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0,25 a 15) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	OFICINA ADMINISTRATIVA
AREA SOLICITANTE	:	PATRÓN DE OXÍGENO

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22,02 ± 0,39	51,1 ± 2,2
MÁXIMA	22,02 ± 0,39	51,1 ± 2,2

CERTIFICADO NÚMERO: **275372**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

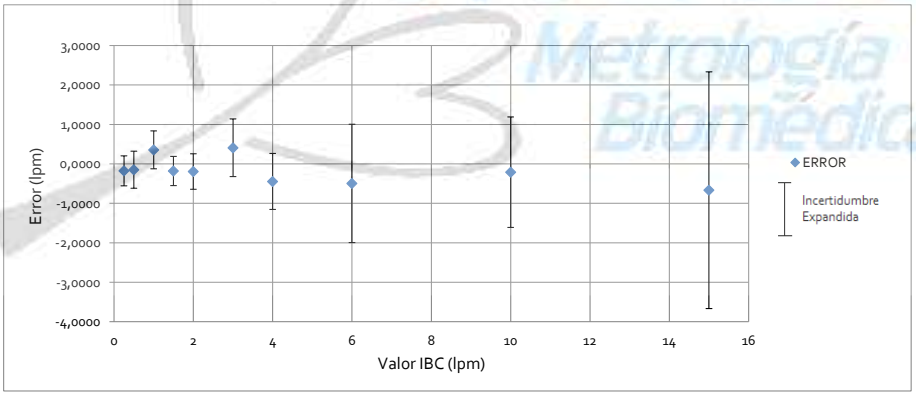
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
0,3	0,427	-0,18	± 0,38	No aplica
0,5	0,647	-0,15	± 0,47	No aplica
1,0	0,645	0,36	± 0,48	No aplica
1,5	1,680	-0,18	± 0,37	No aplica
2,0	2,193	-0,19	± 0,45	No aplica
3	2,591	0,41	± 0,73	No aplica
4	4,445	-0,44	± 0,71	No aplica
6	6,495	-0,5	± 1,5	No aplica
10	10,21	-0,2	± 1,4	No aplica
15	15,67	-0,7	± 3,0	No aplica

Error Máximo: **-0,7 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: **275372**
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-403 Termohigrómetro Digital	313258	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-10-28

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección

- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by

Daniel C.

DANIEL CEBALLOS CARTAGENA
Metrólogo

Revisó
Reviewed

Ana Manuela Vásquez

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-12-02
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 275372
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN SEBASTIÁN TORRES** 300-395-3954

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **FLUJÓMETRO DIGITAL**

FABRICANTE *Manufacturer* : **AIR METAN**

SERIE *Series* : **S.I.**

MODELO *Model* : **0.5 - 5 LPM**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **8854**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **8854**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2025-12-02**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2025-12-02**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	(0,25 y 5) lpm
RESOLUCIÓN:	:	(0,25 / 0,5 / 1 / 2 / 5) lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0,25 a 0,5) lpm / (0,5 a 2) lpm / (2 a 4) lpm / (4 a 10) lpm / (10 a 15) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0,25 a 15) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	OFICINA ADMINISTRATIVA
AREA SOLICITANTE	:	PATRÓN DE OXÍGENO

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22,02 ± 0,39	51,1 ± 2,2
MÁXIMA	22,02 ± 0,39	51,1 ± 2,2

CERTIFICADO NÚMERO: **275372**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

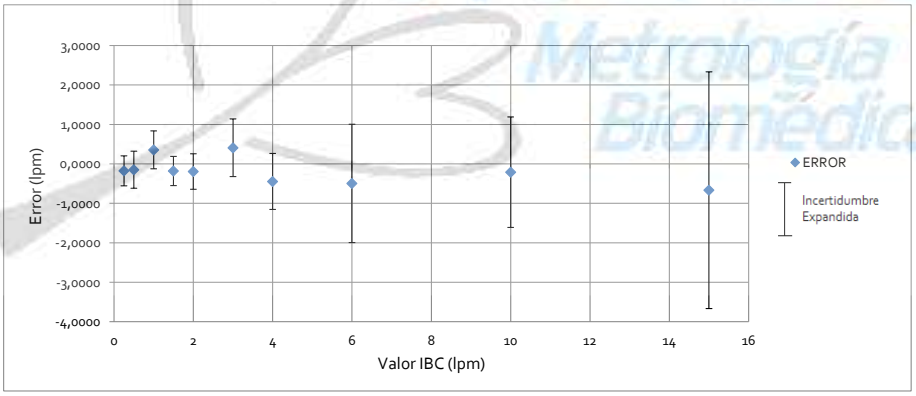
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
0,3	0,427	-0,18	± 0,38	No aplica
0,5	0,647	-0,15	± 0,47	No aplica
1,0	0,645	0,36	± 0,48	No aplica
1,5	1,680	-0,18	± 0,37	No aplica
2,0	2,193	-0,19	± 0,45	No aplica
3	2,591	0,41	± 0,73	No aplica
4	4,445	-0,44	± 0,71	No aplica
6	6,495	-0,5	± 1,5	No aplica
10	10,21	-0,2	± 1,4	No aplica
15	15,67	-0,7	± 3,0	No aplica

Error Máximo: **-0,7 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: **275372**
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-403 Termohigrómetro Digital	313258	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-10-28

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección

- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by

Daniel C.

DANIEL CEBALLOS CARTAGENA
Metrólogo

Revisó
Reviewed

Ana Manuela Vásquez

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-12-02
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 275373
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN SEBASTIAN TORRES 300-395-3954**

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **FLUJÓMETRO ANALÓGICO**

FABRICANTE *Manufacturer* : **AIR METAN**

SERIE *Series* : **S.I.**

MODELO *Model* : **0.5 - 5 LPM**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **9144**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **9144**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2025-12-02**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2025-12-02**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	(0,25 y 5) lpm
RESOLUCIÓN:	:	(0,25 / 0,5 / 1 / 2 / 5) lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0,25 a 0,5) lpm / (0,5 a 2) lpm / (2 a 4) lpm / (4 a 10) lpm / (10 a 15) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0,25 a 15) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	OFICINA ADMINISTRATIVA
AREA SOLICITANTE	:	LÍNEA DE PRODUCCIÓN

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22,12 ± 0,39	47,1 ± 2,2
MÁXIMA	22,12 ± 0,39	47,1 ± 2,2

CERTIFICADO NÚMERO: **275373**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

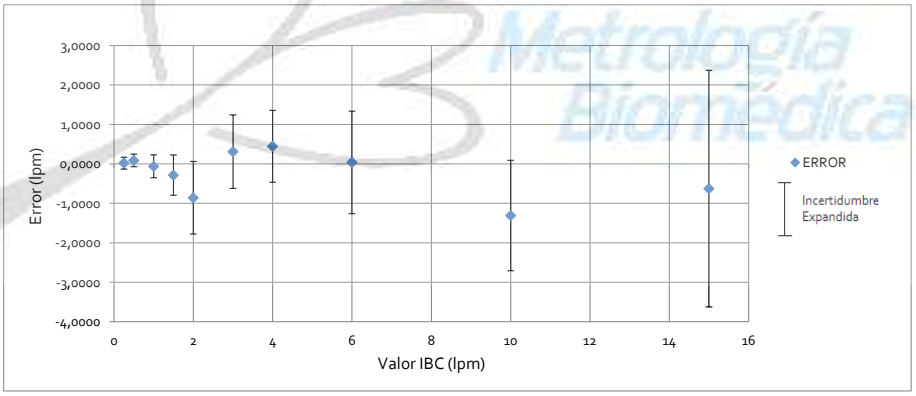
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
0,3	0,230	0,02	± 0,15	No aplica
0,5	0,412	0,09	± 0,16	No aplica
1,0	1,061	-0,06	± 0,29	No aplica
1,5	1,784	-0,28	± 0,51	No aplica
2,0	2,857	-0,86	± 0,92	No aplica
3	2,690	0,31	± 0,93	No aplica
4	3,554	0,45	± 0,91	No aplica
6	5,962	0,0	± 1,3	No aplica
10	11,31	-1,3	± 1,4	No aplica
15	15,63	-0,6	± 3,0	No aplica

Error Máximo: **-1,3 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: **275373**
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-403 Termohigrómetro Digital	313258	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-10-28

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección
- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by

Daniel C.

DANIEL CEBALLOS CARTAGENA
Metrólogo

Revisó
Reviewed

Ana Manuela Vásquez

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-12-02
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 275373
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN SEBASTIAN TORRES 300-395-3954**

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **FLUJÓMETRO ANALÓGICO**

FABRICANTE *Manufacturer* : **AIR METAN**

SERIE *Series* : **S.I.**

MODELO *Model* : **0.5 - 5 LPM**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **9144**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **9144**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2025-12-02**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2025-12-02**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	(0,25 y 5) lpm
RESOLUCIÓN:	:	(0,25 / 0,5 / 1 / 2 / 5) lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0,25 a 0,5) lpm / (0,5 a 2) lpm / (2 a 4) lpm / (4 a 10) lpm / (10 a 15) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0,25 a 15) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	OFICINA ADMINISTRATIVA
AREA SOLICITANTE	:	LÍNEA DE PRODUCCIÓN

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22,12 ± 0,39	47,1 ± 2,2
MÁXIMA	22,12 ± 0,39	47,1 ± 2,2

CERTIFICADO NÚMERO: **275373**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

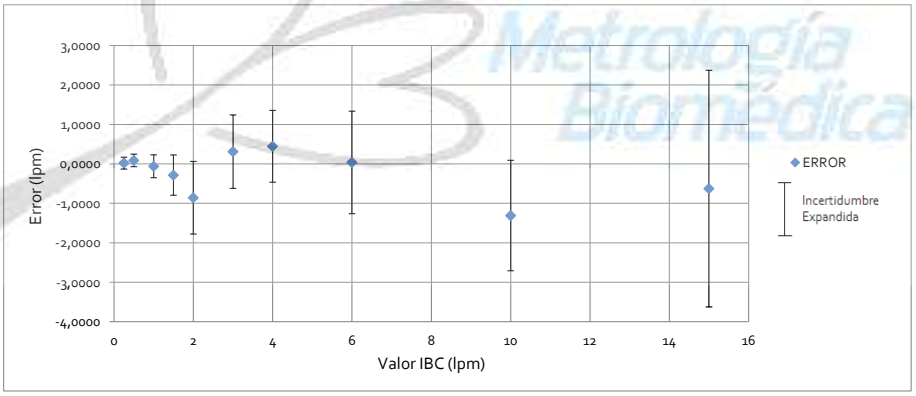
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
0,3	0,230	0,02	± 0,15	No aplica
0,5	0,412	0,09	± 0,16	No aplica
1,0	1,061	-0,06	± 0,29	No aplica
1,5	1,784	-0,28	± 0,51	No aplica
2,0	2,857	-0,86	± 0,92	No aplica
3	2,690	0,31	± 0,93	No aplica
4	3,554	0,45	± 0,91	No aplica
6	5,962	0,0	± 1,3	No aplica
10	11,31	-1,3	± 1,4	No aplica
15	15,63	-0,6	± 3,0	No aplica

Error Máximo: **-1,3 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: **275373**
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-403 Termohigrómetro Digital	313258	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-10-28

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección
- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by

Daniel C.

DANIEL CEBALLOS CARTAGENA
Metrólogo

Revisó
Reviewed

Ana Manuela Vásquez

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-12-02
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	**FORMATO** **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	**Código : GIN-FR-123** **Versión: 19**

CERTIFICADO NÚMERO: **283034**
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**ESFIGMOMANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**CRITHERM**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**15738**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**15738**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-10-16**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-10-16**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 6000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(500 a 5.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	LÍNEA 1 TABLERO 1
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22.76 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	22.96 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **283034**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

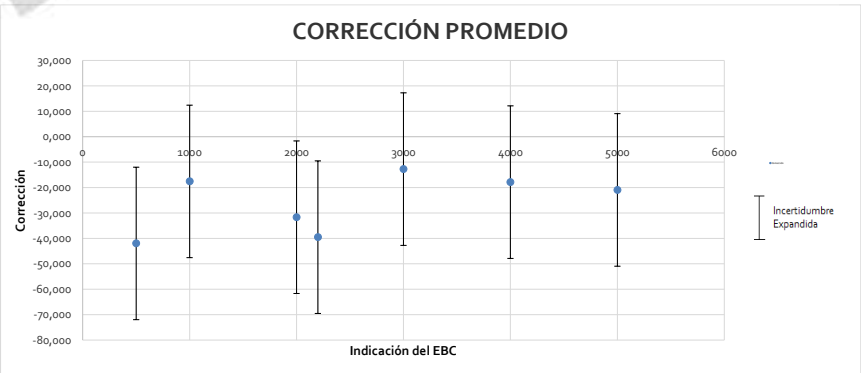
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	2.000	1.967,4	-32,6
2/3	3.350	3.321.4	-28.6
3/3	5.000	4.979.3	-20.7

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
500	458,03	3,000	-42	± 29	No aplica
1000	982,43	2,000	-18	± 29	No aplica
2000	1968,33	2,000	-32	± 29	No aplica
2200	2160,48	1,500	-40	± 29	No aplica
3000	2987,25	2,200	-13	± 29	No aplica
4000	3982,13	3,000	-18	± 29	No aplica
5000	4979,08	1,100	-21	± 29	No aplica

k = 2,0

Correción máxima: **-42 psi**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 42 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{42{,}0}{6000} = 0{,}700\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **283034**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
3,45	3,16	0,02	-0,29	± 0,21
6,89	6,77	0,01	-0,12	± 0,21
13,79	13,57	0,01	-0,22	± 0,21
15,17	14,90	0,01	-0,27	± 0,21
20,68	20,60	0,02	-0,09	± 0,21
27,58	27,46	0,02	-0,12	± 0,21
34,47	34,33	0,01	-0,14	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **283034**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-10-16
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 283035
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**ESFIGMOMANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**CRITHERM**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**15740**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**15740**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-10-16**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-10-16**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 6000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(500 a 5.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	LÍNEA 1 TABLERO 1
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22.76 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	23.06 ± 0.36	51.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **283035**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

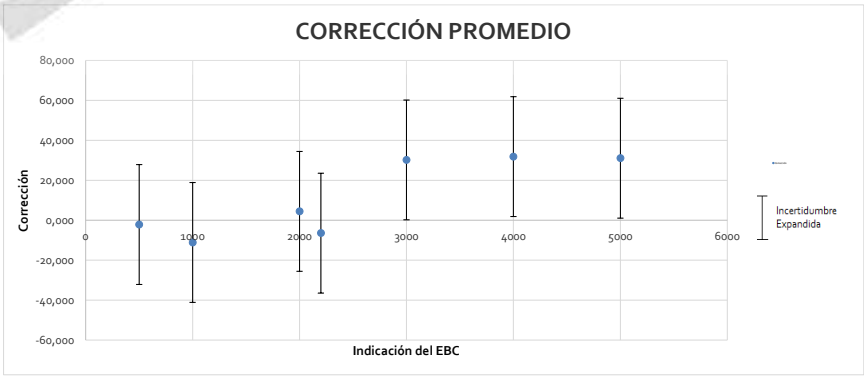
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	2.000	2.003,4	3,4
2/3	3.350	3.358.4	8.4
3/3	5.000	5.031.3	31.3

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
500	497,85	3,300	-2	± 29	No aplica
1000	988,88	0,700	-11	± 29	No aplica
2000	2004,45	3,300	4	± 29	No aplica
2200	2193,55	2,900	-6	± 29	No aplica
3000	3030,20	3,000	30	± 29	No aplica
4000	4031,85	2,500	32	± 29	No aplica
5000	5031,08	3,900	31	± 29	No aplica

**k = 2,0*

Correción máxima: **32** psi



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 32 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{32{,}0}{6000} = 0{,}533\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **283035**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
3,45	3,43	0,02	-0,01	± 0,21
6,89	6,82	0,00	-0,08	± 0,21
13,79	13,82	0,02	0,03	± 0,21
15,17	15,12	0,02	-0,04	± 0,21
20,68	20,89	0,02	0,21	± 0,21
27,58	27,80	0,02	0,22	± 0,21
34,47	34,69	0,03	0,21	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **283035**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-10-16
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 283037
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**ESFIGMOMANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**CPI**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**BM60309**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**S.I**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-10-16**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-10-16**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	50 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 4000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(500 a 4.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	PRODUCCIÓN
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22.76 ± 0.36	49.5 ± 1.8
MÁXIMA	22.96 ± 0.36	49.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **283037**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

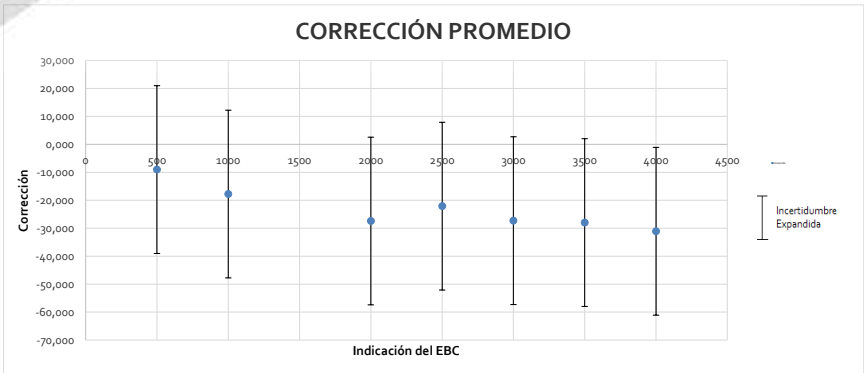
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	2.000	1.973,4	-26,6
2/3	2.700	2.663.2	-36.8
3/3	4.000	3.969.5	-30.5

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
500	490.98	2.700	-9	± 29	No aplica
1000	982.23	2.300	-18	± 29	No aplica
2000	1972.58	1.300	-27	± 29	No aplica
2500	2477.90	1.000	-22	± 29	No aplica
3000	2972.70	1.500	-27	± 29	No aplica
3500	3472.03	2.900	-28	± 29	No aplica
4000	3968.93	0.900	-31	± 29	No aplica

k = 2,0

Correción máxima: **-31 psi**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 31 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

% de Error = $\frac{31,0}{4000}$ = 0,775%

CERTIFICADO NÚMERO: **283037**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
3,45	3,39	0,02	-0,06	± 0,21
6,89	6,77	0,02	-0,12	± 0,21
13,79	13,60	0,01	-0,19	± 0,21
17,24	17,08	0,01	-0,15	± 0,21
20,68	20,50	0,01	-0,19	± 0,21
24,13	23,94	0,02	-0,19	± 0,21
27,58	27,36	0,01	-0,21	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **283037**

Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-10-16
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 283078
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**ESFIGMOMANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**CRITHERM**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**15746**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**15746**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-10-16**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-10-16**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 5000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(500 a 5.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	LÍNEA 2 TABLERO 2
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22.76 ± 0.36	49.5 ± 1.8
MÁXIMA	22.96 ± 0.36	49.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **283078**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

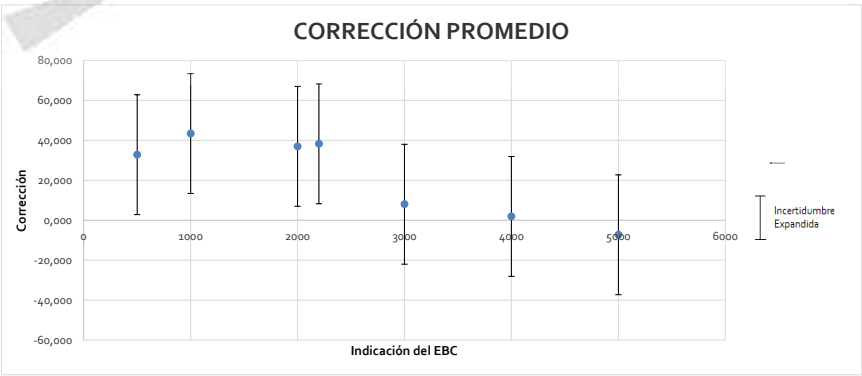
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	2.000	2.038,6	38,6
2/3	3.350	3.357.8	7.8
3/3	5.000	4.993.2	-6.8

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
500	532,83	3,300	33	± 29	No aplica
1000	1043,40	3,500	43	± 29	No aplica
2000	2037,00	7,000	37	± 30	No aplica
2200	2238,25	1,800	38	± 29	No aplica
3000	3008,03	2,700	8	± 29	No aplica
4000	4001,90	0,800	2	± 29	No aplica
5000	4992,73	1,200	-7	± 29	No aplica

**k = 2,0*

Correción máxima: **43 psi**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 43 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{43{,}0}{5000} = 0{,}860\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **283078**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
3,45	3,67	0,02	0,23	± 0,21
6,89	7,19	0,02	0,30	± 0,21
13,79	14,04	0,05	0,26	± 0,21
15,17	15,43	0,01	0,26	± 0,21
20,68	20,74	0,02	0,06	± 0,21
27,58	27,59	0,01	0,01	± 0,21
34,47	34,42	0,01	-0,05	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **283078**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-10-16
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	**FORMATO** **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	**Código : GIN-FR-123** **Versión: 19**

CERTIFICADO NÚMERO: 283079
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**ESFIGMOMANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**CRITHERM**
SERIE *Series*	:	**221207234**
MODELO *Model*	:	S.I.
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**27659**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**27659**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-10-16**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-10-16**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 5000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(500 a 5.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	LÍNEA 2 TABLERO 2
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22.76 ± 0.36	49.5 ± 1.8
MÁXIMA	22.96 ± 0.36	49.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **283079**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

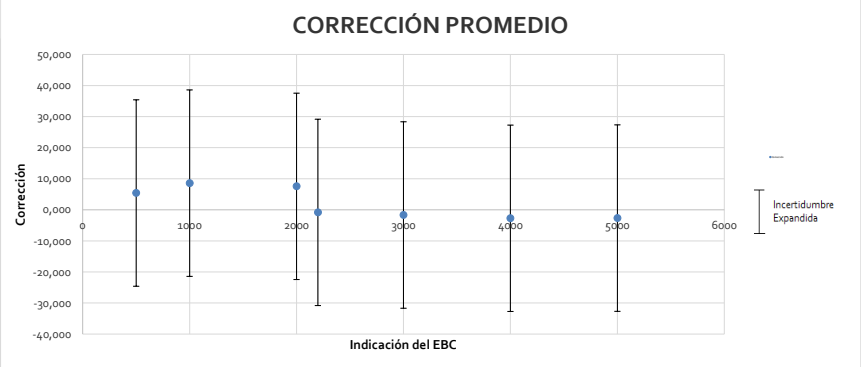
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	2.000	2.007,6	7,6
2/3	3.350	3.349.5	-0.5
3/3	5.000	4.998.5	-1.5

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
500	505,40	3,100	5	± 29	No aplica
1000	1008,58	2,000	9	± 29	No aplica
2000	2007,55	3,300	8	± 29	No aplica
2200	2199,18	1,300	-1	± 29	No aplica
3000	2998,33	1,800	-2	± 29	No aplica
4000	3997,28	1,700	-3	± 29	No aplica
5000	4997,33	1,900	-3	± 29	No aplica

k = 2,0

Correción máxima: 9 psi



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 9 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{9{,}0}{5000} = 0{,}180\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **283079**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
3,45	3,48	0,02	0,04	± 0,21
6,89	6,95	0,01	0,06	± 0,21
13,79	13,84	0,02	0,05	± 0,21
15,17	15,16	0,01	-0,01	± 0,21
20,68	20,67	0,01	-0,01	± 0,21
27,58	27,56	0,01	-0,02	± 0,21
34,47	34,46	0,01	-0,02	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **283079**

Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-10-16
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 283080
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**ESFIGMOMANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**CRITHERM**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**15741**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**15741**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-10-16**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-10-16**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 6000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(500 a 5.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	LÍNEA 1 TABLERO 1
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22.76 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	22.96 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **283080**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

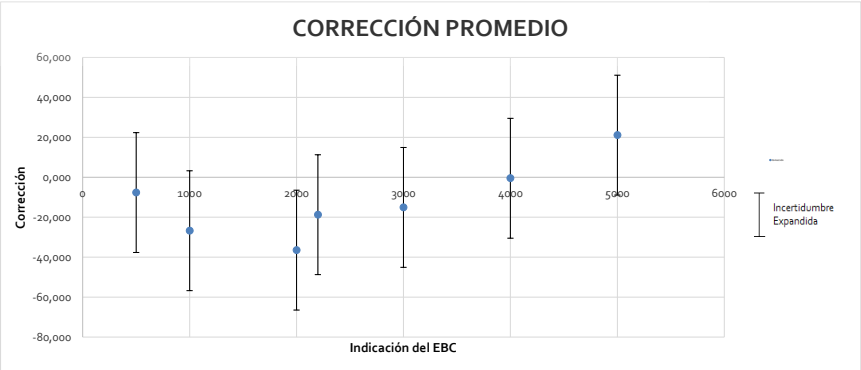
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	2.000	1.961,3	-38,7
2/3	3.350	3.349.5	-0.5
3/3	5.000	4.998.5	-1.5

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
500	492,35	4,000	-8	± 29	No aplica
1000	973,25	5,300	-27	± 29	No aplica
2000	1963,55	6,300	-36	± 29	No aplica
2200	2181,28	1,500	-19	± 29	No aplica
3000	2984,93	2,900	-15	± 29	No aplica
4000	3999,53	1,500	0	± 29	No aplica
5000	5021,13	2,900	21	± 29	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: **-36 psi**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 36 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

% de Error = $\frac{36,0}{600}$ = 6,000%

CERTIFICADO NÚMERO: **283080**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
3,45	3,39	0,03	-0,05	± 0,21
6,89	6,71	0,04	-0,18	± 0,21
13,79	13,54	0,04	-0,25	± 0,21
15,17	15,04	0,01	-0,13	± 0,21
20,68	20,58	0,02	-0,10	± 0,21
27,58	27,58	0,01	0,00	± 0,21
34,47	34,62	0,02	0,15	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **283080**

Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-10-16
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 301009
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**AIR METAN**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**BM54354**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**BM54354**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-08-20**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-08-20**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	2 psi
RESOLUCIÓN	:	1.0 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 220) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(22 a 220) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL DE CALIDAD
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Aire

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	19.46 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	19.76 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **301009**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

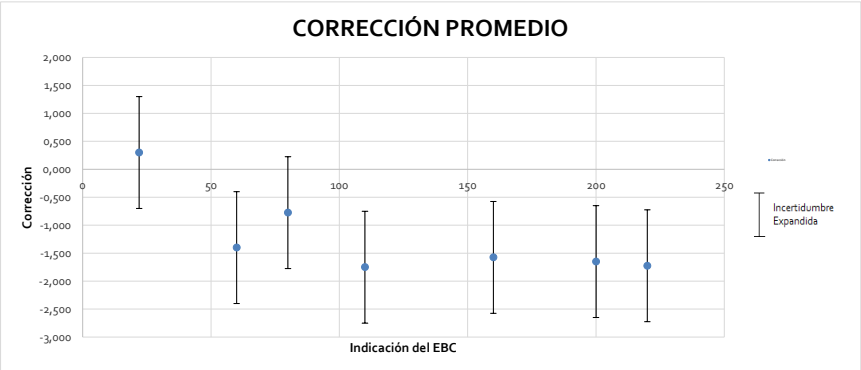
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	80	79,3	-0,7
2/3	150	148,2	-1,8
3/3	220	218,4	-1,6

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
22	22,30	0.600	0,3	± 1,0	No aplica
60	58,60	0.400	-1,4	± 1,0	No aplica
80	79,23	0.300	-0,8	± 1,0	No aplica
110	108,25	0.400	-1,8	± 1,0	No aplica
160	158,43	0.600	-1,6	± 1,0	No aplica
200	198,35	0.400	-1,7	± 1,0	No aplica
220	218,28	0.400	-1,7	± 1,0	No aplica

k = 2,0

Correción máxima: **-1,8 psi**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 1,8 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{1,8}{220} = 0,818\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **301009**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,1517	0,1538	0,0041	0,0021	± 0,0069
0,4137	0,4040	0,0028	-0,0097	± 0,0069
0,5516	0,5462	0,0021	-0,0053	± 0,0069
0,7584	0,7464	0,0028	-0,0121	± 0,0069
1,1032	1,0923	0,0041	-0,0109	± 0,0069
1,3790	1,3676	0,0028	-0,0114	± 0,0069
1,5168	1,5050	0,0028	-0,0119	± 0,0069

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:

- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **301009**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-08-20
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica · ONAC ACREDITADO · ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	**FORMATO** **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	**Código : GIN-FR-123** **Versión: 19**

CERTIFICADO NÚMERO: **301010**
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**RITHERM**
SERIE *Series*	:	**22074268**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**BX54356**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**BX54356**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-08-20**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-08-20**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	2 psi
RESOLUCIÓN	:	1.0 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 60) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(6 a 60) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	PRODUCCIÓN
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Aire

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	19.46 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	19.76 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **301010**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

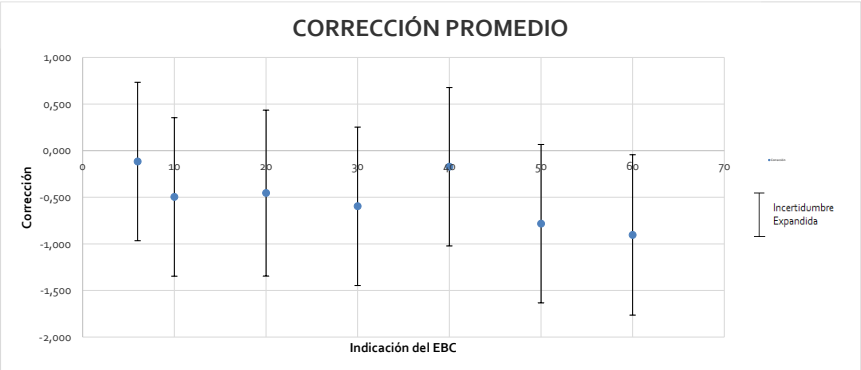
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	20	19,7	-0,3
2/3	40	39,7	-0,3
3/3	60	59,2	-0,8

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
6	5,88	0,202	-0,12	± 0,84	No aplica
10	9,50	0,201	-0,50	± 0,84	No aplica
20	19,55	0,421	-0,45	± 0,89	No aplica
30	29,40	0,203	-0,60	± 0,85	No aplica
40	39,83	0,122	-0,17	± 0,84	No aplica
50	49,22	0,160	-0,78	± 0,85	No aplica
60	59,10	0,161	-0,90	± 0,85	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: -0,90 psi



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 0,90 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

% de Error = $\frac{0,9}{60}$ = 1,500%

CERTIFICADO NÚMERO: **301010**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,0414	0,0406	0,0014	-0,0008	± 0,0059
0,0689	0,0655	0,0014	-0,0034	± 0,0059
0,1379	0,1348	0,0029	-0,0031	± 0,0062
0,2068	0,2027	0,0014	-0,0041	± 0,0059
0,2758	0,2746	0,0008	-0,0012	± 0,0059
0,3447	0,3393	0,0011	-0,0054	± 0,0059
0,4137	0,4075	0,0011	-0,0062	± 0,0060

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **301010**

Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-08-20
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica / ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 301011
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**AIR METAN**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**BM54355**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**BM54355**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-08-20**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-08-20**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	1 psi
RESOLUCIÓN	:	0.50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 30) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(3.0 a 30.0) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL DE CALIDAD
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Aire

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	19.46 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	19.76 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **301011**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

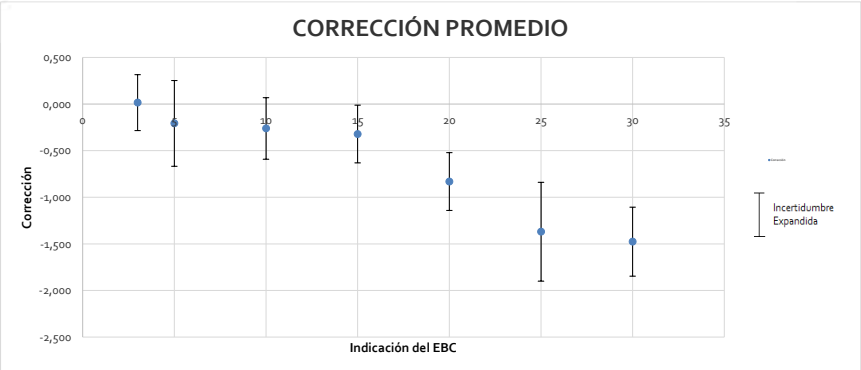
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	10.0	9,422	-0,578
2/3	20.0	19,094	-0,906
3/3	30.0	28,854	-1,146

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
3.0	3,015	0,012	0,02	± 0,29	No aplica
5.0	4,793	0,457	-0,21	± 0,46	No aplica
10.0	9,738	0,207	-0,26	± 0,33	No aplica
15.0	14,679	0,100	-0,32	± 0,30	No aplica
20.0	19,169	0,122	-0,83	± 0,31	No aplica
25.0	23,631	0,583	-1,37	± 0,53	No aplica
30.0	28,524	0,303	-1,48	± 0,36	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: -1,48 psi



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 1,48 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{1,5}{30} = 4,933\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **301011**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en kPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
20,7	20,8	0,1	0,1	± 2,1
34,5	33,0	3,2	-1,4	± 3,2
68,9	67,1	1,4	-1,8	± 2,3
103,4	101,2	0,7	-2,2	± 2,2
137,9	132,2	0,8	-5,7	± 2,2
172,4	162,9	4,0	-9,4	± 3,7
206,8	196,7	2,1	-10,2	± 2,6

1 kPa = 0.15 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:

- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-17AR Manómetro digital FLUKE 700RG06	TLM-P-2085	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2022-08-25
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **301011**

Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-08-20
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica / ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 301012
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**AIR METAN**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	S.I.
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	12864
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	12864
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	2025-08-20
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	2025-08-20
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	CUATRO (04)

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 3000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0 a 3.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	PRODUCCIÓN-ENVASADO
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Aire

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	19.46 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	19.76 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **301012**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

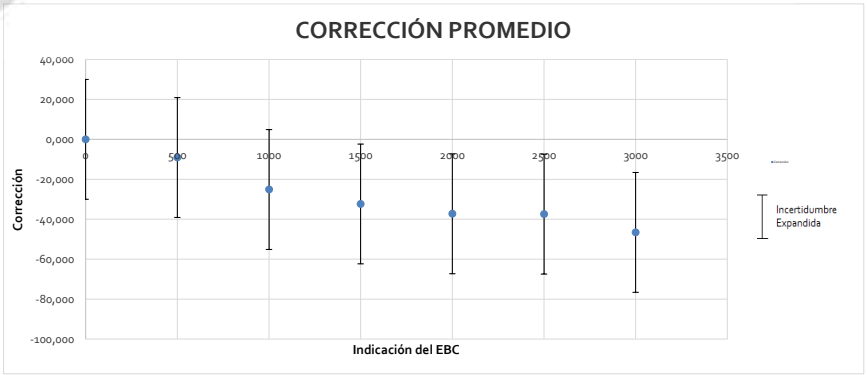
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	1.000	975,4	-24,6
2/3	2.000	1.962,1	-37,9
3/3	3.000	2.953,1	-46,9

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
0	0,00	0,000	0	± 29	No aplica
500	490,90	1,200	-9	± 29	No aplica
1000	974,88	1,100	-25	± 29	No aplica
1500	1467,65	1,800	-32	± 29	No aplica
2000	1962,70	2,400	-37	± 29	No aplica
2500	2462,58	2,900	-37	± 29	No aplica
3000	2953,43	6,000	-47	± 29	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: **-47 psi**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 47 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

% de Error = $\frac{47,0}{3000}$ = 1,567%

CERTIFICADO NÚMERO: **301012**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,00	0,00	0,00	0,00	± 0,21
3,45	3,38	0,01	-0,06	± 0,21
6,89	6,72	0,01	-0,17	± 0,21
10,34	10,12	0,01	-0,22	± 0,21
13,79	13,53	0,02	-0,26	± 0,21
17,24	16,98	0,02	-0,26	± 0,21
20,68	20,36	0,04	-0,32	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:

- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **301012**

Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-08-20
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica / ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 301013
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**AIR METAN**
SERIE *Series*	:	**129097**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**18762**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**18762**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-08-20**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-08-20**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 3000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0 a 3.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	PRODUCCIÓN
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Aire

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	19.76 ± 0.36	51.5 ± 1.8
MÁXIMA	19.76 ± 0.36	52.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **301013**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

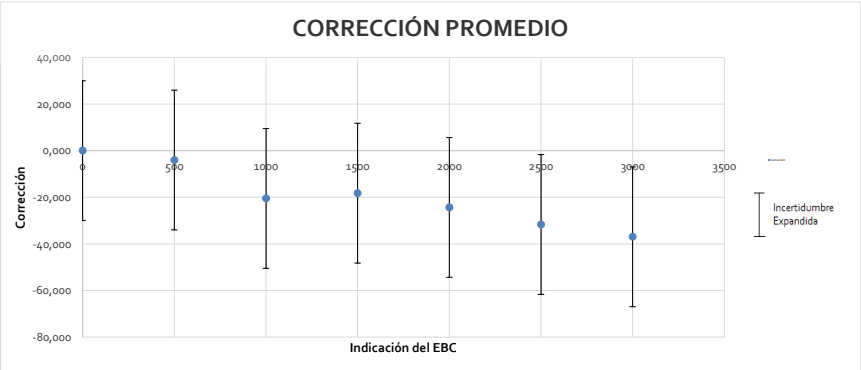
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	1.000	979,5	-20,5
2/3	2.000	1.972,3	-27,7
3/3	3.000	2.964,2	-35,8

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
0	0,00	0.000	0	± 29	No aplica
500	495,98	3.200	-4	± 29	No aplica
1000	979,50	2.500	-21	± 29	No aplica
1500	1481,78	2.900	-18	± 29	No aplica
2000	1975,65	3.400	-24	± 29	No aplica
2500	2468,33	3.100	-32	± 29	No aplica
3000	2963,03	4.400	-37	± 29	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: **-37 psi**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 37 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{37{,}0}{3000} = 1{,}233\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **301013**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,00	0,00	0,00	0,00	± 0,21
3,45	3,42	0,02	-0,03	± 0,21
6,89	6,75	0,02	-0,14	± 0,21
10,34	10,22	0,02	-0,13	± 0,21
13,79	13,62	0,02	-0,17	± 0,21
17,24	17,02	0,02	-0,22	± 0,21
20,68	20,43	0,03	-0,25	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:

- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **301013**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-08-20
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 301014
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**AIR METAN**
SERIE *Series*	:	**011502**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	28953
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	28953
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-08-20**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-08-20**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	200 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 4000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0 a 3.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	PRODUCCIÓN
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Aire

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	21.46 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	21.96 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **301014**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

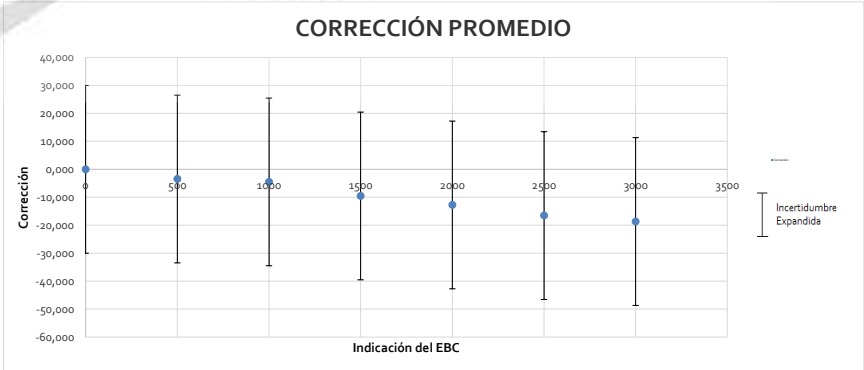
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	1.000	986,5	-13,5
2/3	2.000	1.984,3	-15,7
3/3	3.000	2.979,8	-20,2

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
0	0,00	0.000	0	± 29	No aplica
500	496,53	1.800	-3	± 29	No aplica
1000	995,50	3.400	-5	± 29	No aplica
1500	1490,48	1.800	-10	± 29	No aplica
2000	1987,25	3.300	-13	± 29	No aplica
2500	2483,45	2.300	-17	± 29	No aplica
3000	2981,33	2.000	-19	± 29	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: -19 psi



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 19 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{19{,}0}{4000} = 0{,}475\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **301014**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,00	0,00	0,00	0,00	± 0,21
3,45	3,42	0,01	-0,02	± 0,21
6,89	6,86	0,02	-0,03	± 0,21
10,34	10,28	0,01	-0,07	± 0,21
13,79	13,70	0,02	-0,09	± 0,21
17,24	17,12	0,02	-0,11	± 0,21
20,68	20,56	0,01	-0,13	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **301014**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-08-20
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 301015
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**AIR METAN**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**28589**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**28589**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-08-20**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-08-20**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 3000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0 a 3.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	PRODUCCIÓN
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Aire

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	21.66 ± 0.36	53.5 ± 1.8
MÁXIMA	21.96 ± 0.36	53.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **301015**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

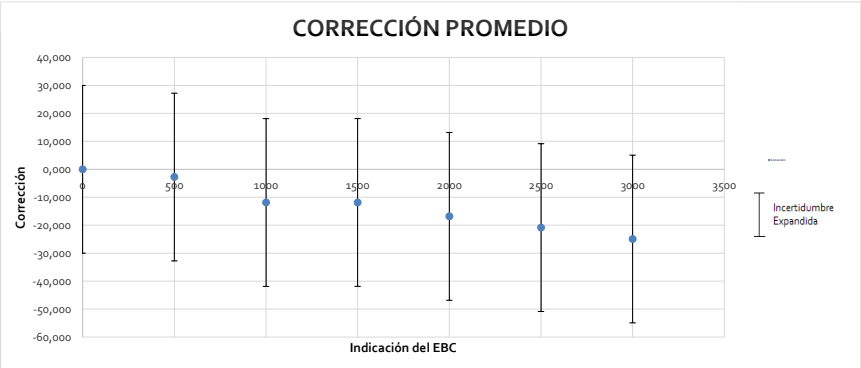
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	1.000	980,5	-19,5
2/3	2.000	1.979,6	-20,4
3/3	3.000	2.971,4	-28,6

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
0	0,00	0.000	0	± 29	No aplica
500	497,23	3.000	-3	± 29	No aplica
1000	988,13	1.100	-12	± 29	No aplica
1500	1488,15	2.800	-12	± 29	No aplica
2000	1983,18	5.100	-17	± 29	No aplica
2500	2479,15	1.400	-21	± 29	No aplica
3000	2975,08	3.200	-25	± 29	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: **-25 psi**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 25 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{25{,}0}{3000} = 0{,}833\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **301015**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,00	0,00	0,00	0,00	± 0,21
3,45	3,43	0,02	-0,02	± 0,21
6,89	6,81	0,01	-0,08	± 0,21
10,34	10,26	0,02	-0,08	± 0,21
13,79	13,67	0,04	-0,12	± 0,21
17,24	17,09	0,01	-0,14	± 0,21
20,68	20,51	0,02	-0,17	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **301015**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-08-20
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 303062
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN FELIPE VASCO** 300-395-39-54

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **FLUJÓMETRO ANALÓGICO**

FABRICANTE *Manufacturer* : **AIR IMETAN**

SERIE *Series* : **S.I.**

MODELO *Model* : **FM-100**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **FR-1**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **FR-1**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2025-08-20**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2025-08-20**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	(0.5 y 1) lpm
RESOLUCIÓN:	:	(0.5 / 1) lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 15) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(1 a 15) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL CALIDAD

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22.46 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	22.46 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: 303062

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

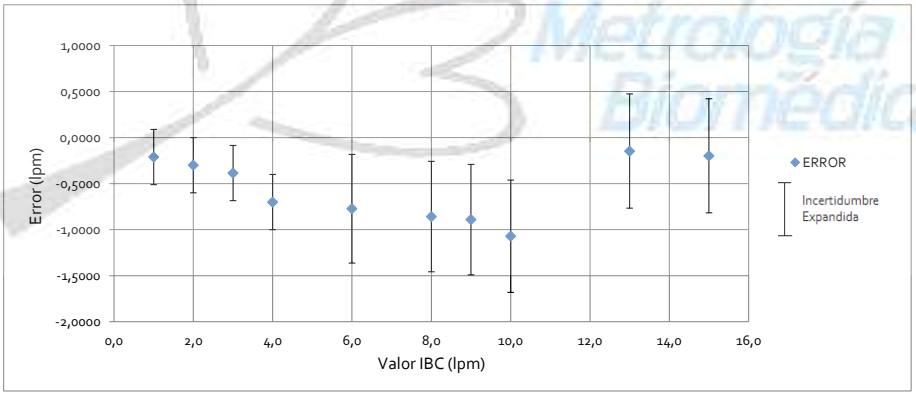
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
1.0	1.211	-0.21	± 0.30	No aplica
2.0	2.300	-0.30	± 0.30	No aplica
3.0	3.385	-0.39	± 0.30	No aplica
4.0	4.701	-0.70	± 0.30	No aplica
6	6.773	-0.77	± 0.59	No aplica
8	8.858	-0.86	± 0.60	No aplica
9	9.891	-0.89	± 0.60	No aplica
10	11.07	-1.07	± 0.61	No aplica
13	13.15	-0.15	± 0.62	No aplica
15	15.20	-0.20	± 0.62	No aplica

Error Máximo: **-1.07 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: 303062
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección
- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by



JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Revisó
Reviewed



ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-08-20
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 303063
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN FELIPE VASCO** 300-395-39-54

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **FLUJÓMETRO ANALÓGICO**

FABRICANTE *Manufacturer* : **AIR IMETAN**

SERIE *Series* : **S.I.**

MODELO *Model* : **FM-100**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **FR-2**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **FR-2**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2025-08-20**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2025-08-20**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	(0.5 y 1) lpm
RESOLUCIÓN:	:	(0.5 / 1) lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 15) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(1 a 15) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL CALIDAD

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22.46 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	22.46 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: 303063

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

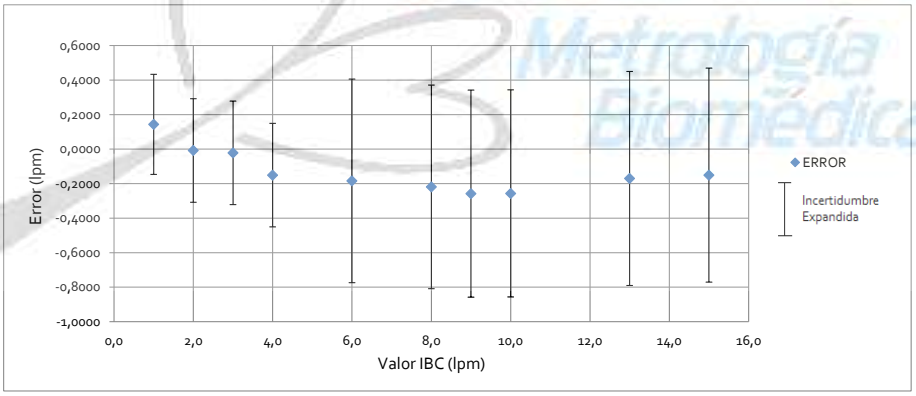
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
1.0	0.857	0.14	± 0.29	No aplica
2.0	2.008	-0.01	± 0.30	No aplica
3.0	3.022	-0.02	± 0.30	No aplica
4.0	4.151	-0.15	± 0.30	No aplica
6	6.184	-0.18	± 0.59	No aplica
8	8.219	-0.22	± 0.59	No aplica
9	9.258	-0.26	± 0.60	No aplica
10	10.26	-0.26	± 0.60	No aplica
13	13.17	-0.17	± 0.62	No aplica
15	15.15	-0.15	± 0.62	No aplica

Error Máximo: **-0.26 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: 303063
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección
- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by



JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Revisó
Reviewed



ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-08-20
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 303064
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** 300-395-39-54
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**FLUJÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**AIR IMETAN**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**FM-100**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**FR-3**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**FR-3**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-08-20**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-08-20**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	(0.5 y 1) lpm
RESOLUCIÓN:	:	(0.5 / 1) lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 15) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(1 a 15) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL CALIDAD

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22.46 ± 0.36	51.5 ± 1.8
MÁXIMA	22.46 ± 0.36	51.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: 303064

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

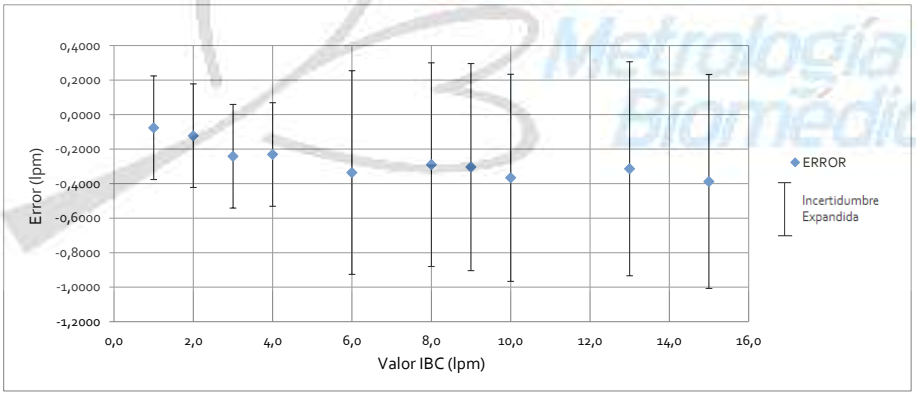
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
1.0	1.076	-0.08	± 0.30	No aplica
2.0	2.122	-0.12	± 0.30	No aplica
3.0	3.241	-0.24	± 0.30	No aplica
4.0	4.231	-0.23	± 0.30	No aplica
6	6.336	-0.34	± 0.59	No aplica
8	8.290	-0.29	± 0.59	No aplica
9	9.304	-0.30	± 0.60	No aplica
10	10.37	-0.37	± 0.60	No aplica
13	13.31	-0.31	± 0.62	No aplica
15	15.39	-0.39	± 0.62	No aplica

Error Máximo: **-0.39 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: 303064
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección
- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by



JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Revisó
Reviewed



ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-08-20
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 303065
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN FELIPE VASCO** 300-395-39-54

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **FLUJÓMETRO ANALÓGICO**

FABRICANTE *Manufacturer* : **AIR IMETAN**

SERIE *Series* : **S.I.**

MODELO *Model* : **FM-100**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **FR-4**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **FR-4**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2025-08-20**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2025-08-20**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	(0,5 y 1) lpm
RESOLUCIÓN:	:	0.5 / 1 lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 15) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(1 a 15) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL CALIDAD

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22,46 ± 0,36	51,5 ± 1,8
MÁXIMA	22,46 ± 0,36	51,5 ± 1,8

CERTIFICADO NÚMERO: 303065

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

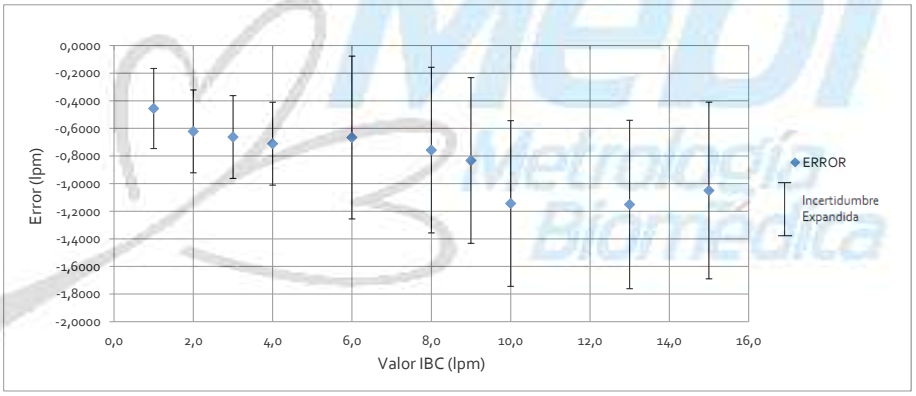
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
1,0	1,456	-0,46	± 0,29	No aplica
2,0	2,622	-0,62	± 0,30	No aplica
3,0	3,663	-0,66	± 0,30	No aplica
4,0	4,711	-0,71	± 0,30	No aplica
6	6,666	-0,67	± 0,59	No aplica
8	8,757	-0,76	± 0,60	No aplica
9	9,832	-0,83	± 0,60	No aplica
10	11,14	-1,14	± 0,60	No aplica
13	14,15	-1,15	± 0,61	No aplica
15	16,05	-1,05	± 0,64	No aplica

Error Máximo: **-1,15 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: 303065
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección
- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by



JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Revisó
Reviewed



ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-08-20
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 305272
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN FELIPE VASCO** 300-395-39-54

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **FLUJÓMETRO ANALÓGICO**

FABRICANTE *Manufacturer* : **AIR METAN**

SERIE *Series* : **S.I.**

MODELO *Model* : **15LPM**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **27806**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **27806**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2025-09-11**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2025-09-11**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	0,5 lpm
RESOLUCIÓN:	:	0,5 lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 5) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0,5 a 5) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL DE CALIDAD

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	23,96 ± 0,36	51,5 ± 1,8
MÁXIMA	23,96 ± 0,36	51,5 ± 1,8

CERTIFICADO NÚMERO: **305272**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

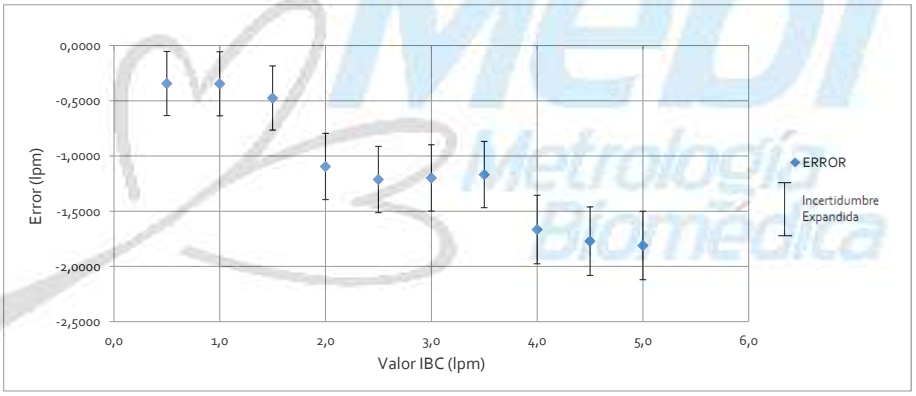
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
0,5	0,844	-0,34	± 0,29	No aplica
1,0	1,347	-0,35	± 0,29	No aplica
1,5	1,975	-0,47	± 0,29	No aplica
2,0	3,095	-1,09	± 0,30	No aplica
2,5	3,713	-1,21	± 0,30	No aplica
3,0	4,199	-1,20	± 0,30	No aplica
3,5	4,668	-1,17	± 0,30	No aplica
4,0	5,666	-1,67	± 0,31	No aplica
4,5	6,271	-1,77	± 0,31	No aplica
5,0	6,810	-1,81	± 0,31	No aplica

Error Máximo: **-1,81 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: 305272
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección
- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by



JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Revisó
Reviewed



EDISON ANDRÉS TANGARIFE FLÓREZ
Ingeniero Biomédico

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-09-11
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 305273
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN FELIPE VASCO** 300-395-39-54

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **FLUJÓMETRO ANALÓGICO**

FABRICANTE *Manufacturer* : **AIR METAN**

SERIE *Series* : **S.I.**

MODELO *Model* : **15LPM**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **FR-6**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **FR-6**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2025-09-11**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2025-09-11**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	(0,5 y 1) lpm
RESOLUCIÓN:	:	0,5 lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 15) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(1 a 15) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL DE CALIDAD - VENTEO

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	23,96 ± 0,36	51,5 ± 1,8
MÁXIMA	23,96 ± 0,36	51,5 ± 1,8

CERTIFICADO NÚMERO: **305273**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

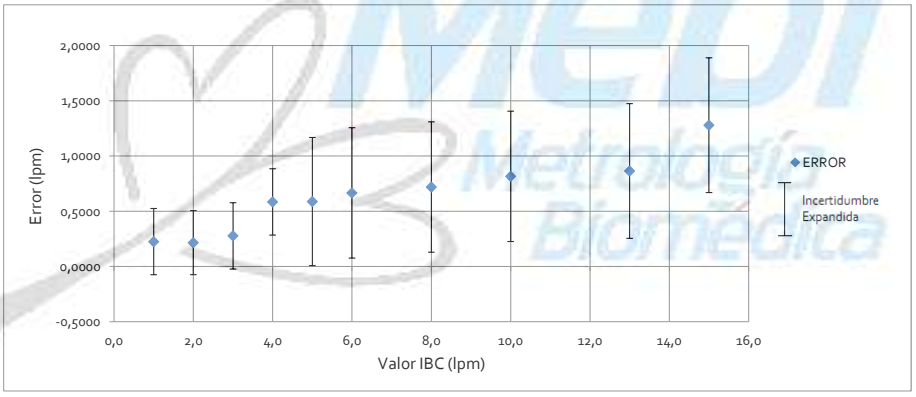
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
1,0	0,775	0,23	± 0,30	No aplica
2,0	1,784	0,22	± 0,29	No aplica
3,0	2,723	0,28	± 0,30	No aplica
4,0	3,415	0,58	± 0,30	No aplica
5	4,412	0,59	± 0,58	No aplica
6	5,334	0,67	± 0,59	No aplica
8	7,281	0,72	± 0,59	No aplica
10	9,184	0,82	± 0,59	No aplica
13	12,14	0,86	± 0,61	No aplica
15	13,72	1,28	± 0,61	No aplica

Error Máximo: **1,28 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: 305273
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección
- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by



JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Revisó
Reviewed



EDISON ANDRÉS TANGARIFE FLÓREZ
Ingeniero Biomédico

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-09-11
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 305273
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN FELIPE VASCO** 300-395-39-54

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **FLUJÓMETRO ANALÓGICO**

FABRICANTE *Manufacturer* : **AIR METAN**

SERIE *Series* : **S.I.**

MODELO *Model* : **15LPM**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **FR-6**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **FR-6**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2025-09-11**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2025-09-11**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	(0,5 y 1) lpm
RESOLUCIÓN:	:	0,5 lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 15) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(1 a 15) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL DE CALIDAD - VENTEO

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	23,96 ± 0,36	51,5 ± 1,8
MÁXIMA	23,96 ± 0,36	51,5 ± 1,8

CERTIFICADO NÚMERO: **305273**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

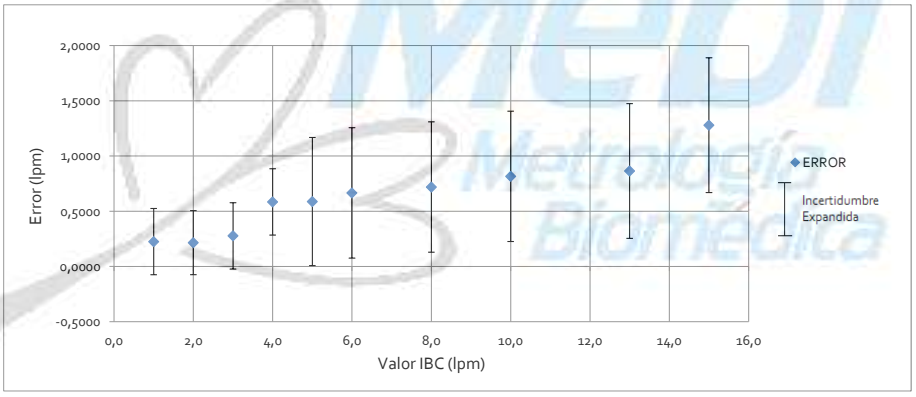
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
1,0	0,775	0,23	± 0,30	No aplica
2,0	1,784	0,22	± 0,29	No aplica
3,0	2,723	0,28	± 0,30	No aplica
4,0	3,415	0,58	± 0,30	No aplica
5	4,412	0,59	± 0,58	No aplica
6	5,334	0,67	± 0,59	No aplica
8	7,281	0,72	± 0,59	No aplica
10	9,184	0,82	± 0,59	No aplica
13	12,14	0,86	± 0,61	No aplica
15	13,72	1,28	± 0,61	No aplica

Error Máximo: **1,28 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: 305273
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección
- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by



JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Revisó
Reviewed



EDISON ANDRÉS TANGARIFE FLÓREZ
Ingeniero Biomédico

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-09-11
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 305274
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN FELIPE VASCO** 300-395-39-54

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **REGULADOR DE OXÍGENO**

FABRICANTE *Manufacturer* : **AIR METAN**

SERIE *Series* : **106320**

MODELO *Model* : **15LPM**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **14842**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **14842**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2025-09-11**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2025-09-11**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	(0,5 y 5) lpm
RESOLUCIÓN:	:	0,5 lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 15) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0,5 a 15) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA
AREA SOLICITANTE	:	PRODUCCIÓN

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	23,96 ± 0,36	51,5 ± 1,8
MÁXIMA	23,96 ± 0,36	51,5 ± 1,8

CERTIFICADO NÚMERO: **305274**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

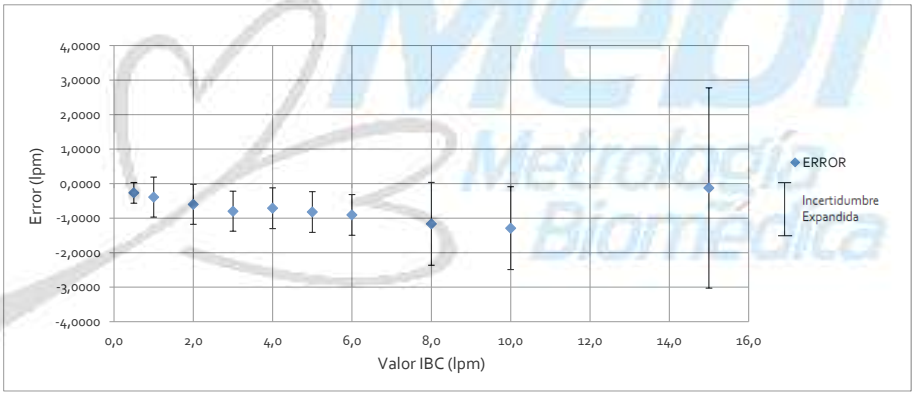
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
0,5	0,767	-0,27	± 0,30	No aplica
1	1,390	-0,39	± 0,58	No aplica
2	2,599	-0,60	± 0,58	No aplica
3	3,799	-0,80	± 0,58	No aplica
4	4,713	-0,71	± 0,59	No aplica
5	5,823	-0,82	± 0,59	No aplica
6	6,907	-0,91	± 0,59	No aplica
8	9,165	-1,2	± 1,2	No aplica
10	11,29	-1,3	± 1,2	No aplica
15	15,13	-0,1	± 2,9	No aplica

Error Máximo: **-1,3 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: **305274**
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección
- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by



JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Revisó
Reviewed



EDISON ANDRÉS TANGARIFE FLÓREZ
Ingeniero Biomédico

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-09-11
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 305701
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.S.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN SEBASTIAN TORRES**
JUAN.TORRES@OXISALUD.COM.CO

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **MEDIDOR DE FLUJO DIGITAL**

FABRICANTE *Manufacturer* : **TSI**

SERIE *Series* : **4140 1816 009**

MODELO *Model* : **4100 SERIES**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **4140**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **4140**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2026-02-24**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2026-02-24**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	0.001 lpm
RESOLUCIÓN:	:	0.001 lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 10) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0,556 a 4,343) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	OXISALUD
AREA SOLICITANTE	:	OXISALUD

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	23.86 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	23.86 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **305701**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

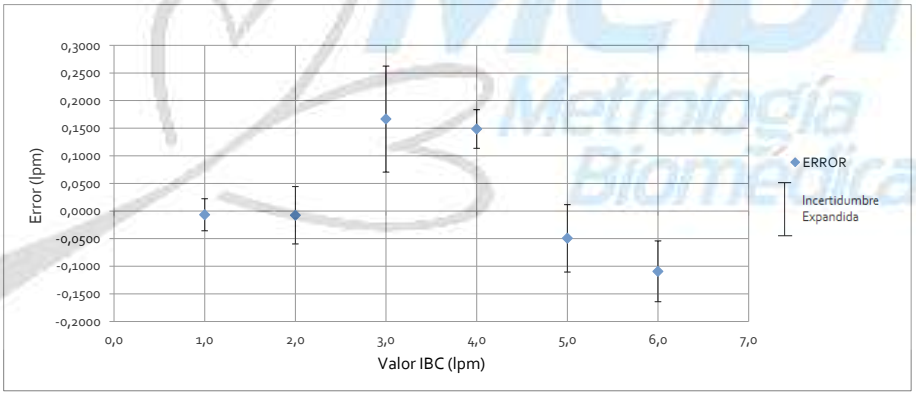
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
0.556	0,563	-0,007	± 0,029	No aplica
#¡VALOR!	1,074	-0,008	± 0,052	No aplica
1,671	1,504	0,167	± 0,096	No aplica
2,154	2,005	0,149	± 0,035	No aplica
3,303	3,352	-0,049	± 0,061	No aplica
4,343	4,452	-0,109	± 0,055	No aplica

Error Máximo: **0,167 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: 305701
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección

- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Revisó
Reviewed

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2026-02-24
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica — ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 312395
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN SEBASTIAN TORRES** **300-395-3954**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**AIR METAN**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**0.5 - 5 LPM**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	8854
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	8854
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-12-02**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-12-02**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 3000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(300 a 3.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	OFICINA ADMINISTRATIVA
AREA SOLICITANTE	:	PATRÓN DE OXÍGENO
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22,02 ± 0,39	50,1 ± 2,2
MÁXIMA	22,12 ± 0,39	51,1 ± 2,2

CERTIFICADO NÚMERO: **312395**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

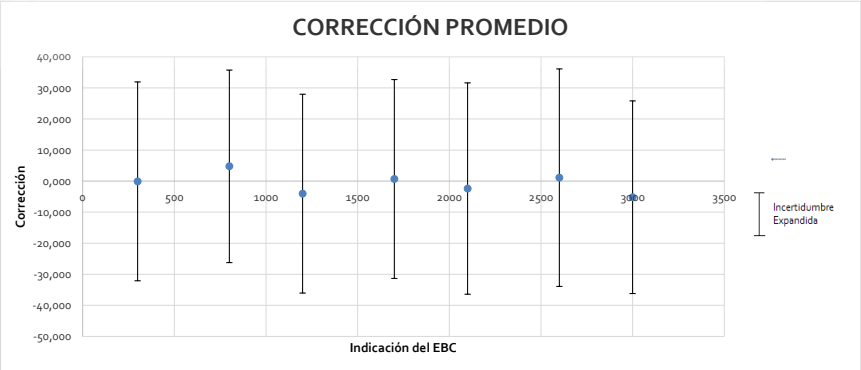
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	1.000	983,2	-16,8
2/3	2.000	1.995,7	-4,3
3/3	3.000	2.987,9	-12,1

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
300	299,90	17,100	0	± 31	No aplica
800	804,75	13,800	5	± 31	No aplica
1200	1195,98	15,900	-4	± 31	No aplica
1700	1700,68	15,900	1	± 31	No aplica
2100	2097,60	22,400	-2	± 34	No aplica
2600	2601,10	24,900	1	± 34	No aplica
3000	2994,80	12,400	-5	± 30	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: -5 psi



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 5 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{5{,}0}{3000} = 0{,}167\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **312395**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
2,07	2,07	0,12	0,00	± 0,23
5,52	5,55	0,10	0,03	± 0,22
8,27	8,25	0,11	-0,03	± 0,23
11,72	11,73	0,11	0,00	± 0,23
14,48	14,46	0,15	-0,02	± 0,24
17,93	17,93	0,17	0,01	± 0,25
20,68	20,65	0,09	-0,04	± 0,22

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-8312	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2025-11-20
P-06-403 Termohigrómetro Digital	313258	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-10-28

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **312395**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

Daniel C.

DANIEL CEBALLOS CARTAGENA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

Ana Manuela Vásquez

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-12-02
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica — ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 312395
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN SEBASTIAN TORRES** **300-395-3954**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**AIR METAN**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**0.5 - 5 LPM**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	8854
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	8854
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-12-02**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-12-02**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 3000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(300 a 3.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	OFICINA ADMINISTRATIVA
AREA SOLICITANTE	:	PATRÓN DE OXÍGENO
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22,02 ± 0,39	50,1 ± 2,2
MÁXIMA	22,12 ± 0,39	51,1 ± 2,2

CERTIFICADO NÚMERO: **312395**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

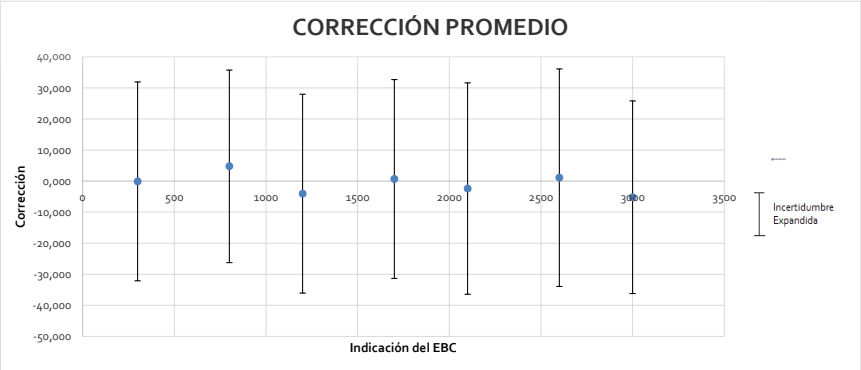
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	1.000	983,2	-16,8
2/3	2.000	1.995,7	-4,3
3/3	3.000	2.987,9	-12,1

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
300	299,90	17,100	0	± 31	No aplica
800	804,75	13,800	5	± 31	No aplica
1200	1195,98	15,900	-4	± 31	No aplica
1700	1700,68	15,900	1	± 31	No aplica
2100	2097,60	22,400	-2	± 34	No aplica
2600	2601,10	24,900	1	± 34	No aplica
3000	2994,80	12,400	-5	± 30	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: -5 psi



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 5 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{5{,}0}{3000} = 0{,}167\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **312395**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
2,07	2,07	0,12	0,00	± 0,23
5,52	5,55	0,10	0,03	± 0,22
8,27	8,25	0,11	-0,03	± 0,23
11,72	11,73	0,11	0,00	± 0,23
14,48	14,46	0,15	-0,02	± 0,24
17,93	17,93	0,17	0,01	± 0,25
20,68	20,65	0,09	-0,04	± 0,22

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-8312	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2025-11-20
P-06-403 Termohigrómetro Digital	313258	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-10-28

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **312395**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

Daniel C.

DANIEL CEBALLOS CARTAGENA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

Ana Manuela Vásquez

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-12-02
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica / ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 312396
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN SEBASTIAN TORRES** **300-395-3954**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO DIGITAL**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**YOKOGAWA**
SERIE *Series*	:	**JMS4J-912EB**
MODELO *Model*	:	**EJA110E**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**LI-1**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**LI-1**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-12-02**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-12-02**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	1 InH2O
RESOLUCIÓN	:	1,0 InH2O
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 400) InH2O
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0 a 200) InH2O
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	OFICINA ADMINISTRATIVA
AREA SOLICITANTE	:	LÍNEA DE PRODUCCIÓN
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Aire

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22,02 ± 0,39	50,1 ± 2,2
MÁXIMA	22,12 ± 0,39	51,1 ± 2,2

CERTIFICADO NÚMERO: **312396**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en InH2O

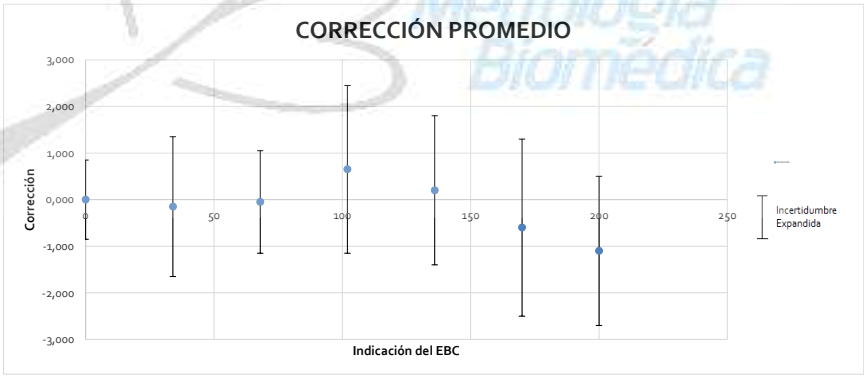
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	67	66,2	0,8
2/3	134	132,1	1,9
3/3	200	199,1	0,9

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (InH2O)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (InH2O)	HISTÉRESIS (InH2O)	CORRECCIÓN PROMEDIO (InH2O)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (InH2O)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
0	0	0,00	0,00	± 0,84	No aplica
34	34	1,60	-0,2	± 1,4	No aplica
68	68	0,90	0,0	± 1,1	No aplica
102	103	1,90	0,7	± 1,7	No aplica
136	136	1,60	0,2	± 1,6	No aplica
170	169	2,10	-0,6	± 1,8	No aplica
200	199	1,60	-1,1	± 1,5	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: **-1,1 InH2O**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 1,1 InH2O

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{1,1}{400} = 0,275\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **312396**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en kPa

VALOR EQUIPO PATRÓN	VALOR PROMEDIO PRUEBA	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,00	0,00	0,00	0,00	± 0,22
8,46	8,42	0,40	-0,04	± 0,38
16,92	16,91	0,22	-0,01	± 0,28
25,38	25,54	0,47	0,16	± 0,45
33,84	33,89	0,40	0,05	± 0,40
42,30	42,15	0,52	-0,15	± 0,48
49,77	49,49	0,40	-0,27	± 0,40

1 kPa = 4,1 lnH2O

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

Cliente solicita la calibración del equipo hasta 200 inH2O.

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-02 Manómetro digital OMEGA DPG-4000-30	TLM-P-5179	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2024-06-21
P-06-403 Termohigrómetro Digital	313258	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-10-28

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.

CERTIFICADO NÚMERO: **312396**

Certificate Number

- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

Daniel C.

DANIEL CEBALLOS CARTAGENA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

Ana Manuela Vásquez

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-12-02
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica / ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 312396
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN SEBASTIAN TORRES** **300-395-3954**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO DIGITAL**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**YOKOGAWA**
SERIE *Series*	:	**JMS4J-912EB**
MODELO *Model*	:	**EJA110E**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**LI-1**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**LI-1**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-12-02**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-12-02**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	1 InH2O
RESOLUCIÓN	:	1,0 InH2O
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 400) InH2O
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0 a 200) InH2O
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	OFICINA ADMINISTRATIVA
AREA SOLICITANTE	:	LÍNEA DE PRODUCCIÓN
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Aire

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22,02 ± 0,39	50,1 ± 2,2
MÁXIMA	22,12 ± 0,39	51,1 ± 2,2

CERTIFICADO NÚMERO: **312396**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en InH2O

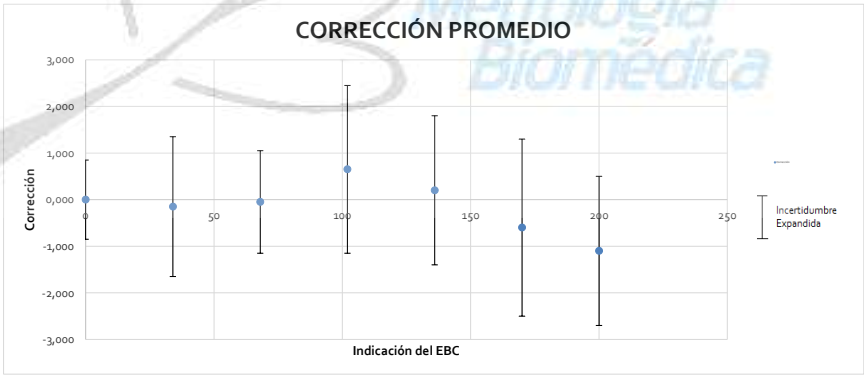
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	67	66,2	0,8
2/3	134	132,1	1,9
3/3	200	199,1	0,9

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (InH2O)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (InH2O)	HISTÉRESIS (InH2O)	CORRECCIÓN PROMEDIO (InH2O)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (InH2O)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
0	0	0,00	0,00	± 0,84	No aplica
34	34	1,60	-0,2	± 1,4	No aplica
68	68	0,90	0,0	± 1,1	No aplica
102	103	1,90	0,7	± 1,7	No aplica
136	136	1,60	0,2	± 1,6	No aplica
170	169	2,10	-0,6	± 1,8	No aplica
200	199	1,60	-1,1	± 1,5	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: **-1,1 InH2O**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 1,1 InH2O

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{1,1}{400} = 0,275\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **312396**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en kPa

VALOR EQUIPO PATRÓN	VALOR PROMEDIO PRUEBA	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,00	0,00	0,00	0,00	± 0,22
8,46	8,42	0,40	-0,04	± 0,38
16,92	16,91	0,22	-0,01	± 0,28
25,38	25,54	0,47	0,16	± 0,45
33,84	33,89	0,40	0,05	± 0,40
42,30	42,15	0,52	-0,15	± 0,48
49,77	49,49	0,40	-0,27	± 0,40

1 kPa = 4,1 lnH2O

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

Cliente solicita la calibración del equipo hasta 200 inH2O.

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-02 Manómetro digital OMEGA DPG-4000-30	TLM-P-5179	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2024-06-21
P-06-403 Termohigrómetro Digital	313258	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-10-28

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.

CERTIFICADO NÚMERO: **312396**

Certificate Number

- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

Daniel C.

DANIEL CEBALLOS CARTAGENA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

Ana Manuela Vásquez

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-12-02
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica / ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 312396
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN SEBASTIAN TORRES** **300-395-3954**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO DIGITAL**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**YOKOGAWA**
SERIE *Series*	:	**JMS4J-912EB**
MODELO *Model*	:	**EJA110E**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**LI-1**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**LI-1**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-12-02**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-12-02**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	1 InH2O
RESOLUCIÓN	:	1,0 InH2O
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 400) InH2O
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0 a 200) InH2O
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	OFICINA ADMINISTRATIVA
AREA SOLICITANTE	:	LÍNEA DE PRODUCCIÓN
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Aire

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22,02 ± 0,39	50,1 ± 2,2
MÁXIMA	22,12 ± 0,39	51,1 ± 2,2

CERTIFICADO NÚMERO: **312396**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en InH2O

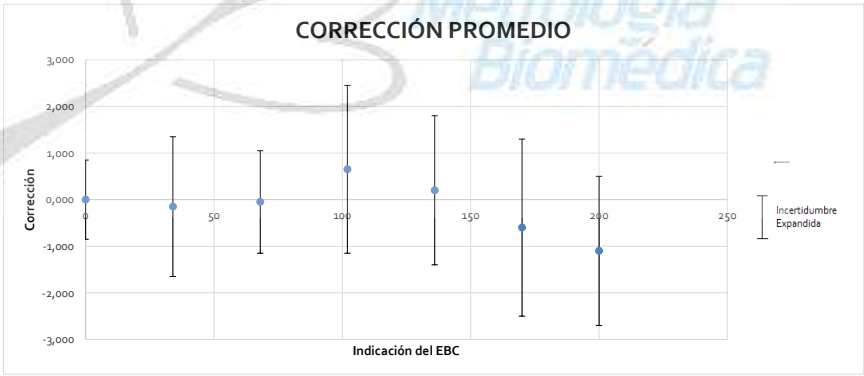
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	67	66,2	0,8
2/3	134	132,1	1,9
3/3	200	199,1	0,9

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (InH2O)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (InH2O)	HISTÉRESIS (InH2O)	CORRECCIÓN PROMEDIO (InH2O)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (InH2O)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
0	0	0,00	0,00	± 0,84	No aplica
34	34	1,60	-0,2	± 1,4	No aplica
68	68	0,90	0,0	± 1,1	No aplica
102	103	1,90	0,7	± 1,7	No aplica
136	136	1,60	0,2	± 1,6	No aplica
170	169	2,10	-0,6	± 1,8	No aplica
200	199	1,60	-1,1	± 1,5	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: **-1,1 InH2O**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 1,1 InH2O

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{1,1}{400} = 0,275\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **312396**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en kPa

VALOR EQUIPO PATRÓN	VALOR PROMEDIO PRUEBA	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,00	0,00	0,00	0,00	± 0,22
8,46	8,42	0,40	-0,04	± 0,38
16,92	16,91	0,22	-0,01	± 0,28
25,38	25,54	0,47	0,16	± 0,45
33,84	33,89	0,40	0,05	± 0,40
42,30	42,15	0,52	-0,15	± 0,48
49,77	49,49	0,40	-0,27	± 0,40

1 kPa = 4,1 lnH2O

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

Cliente solicita la calibración del equipo hasta 200 inH2O.

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-02 Manómetro digital OMEGA DPG-4000-30	TLM-P-5179	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2024-06-21
P-06-403 Termohigrómetro Digital	313258	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-10-28

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.

CERTIFICADO NÚMERO: **312396**

Certificate Number

- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

Daniel C.

DANIEL CEBALLOS CARTAGENA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

Ana Manuela Vásquez

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-12-02
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica / ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 315692
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 -46, MEDELLIN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**WIKA**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**BM60288 (MLL-4-M1)**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**BM60288 (MLL-4-M1)**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-11-13**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-11-13**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	50 psi
RESOLUCIÓN	:	25 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 4000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(400 a 4.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA DE PRODUCCIÓN
AREA SOLICITANTE	:	MANIFOLD DE LLENADO
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	24,76 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	25,06 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: 315692

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

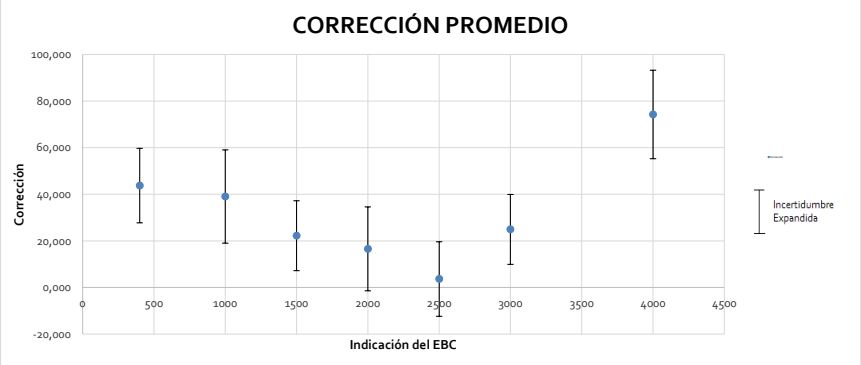
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	1.500	1.524,4	24,4
2/3	2.700	2.712.3	12.3
3/3	4.000	4.080.2	80.2

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
400	443.73	6.500	44	± 15	No aplica
1000	1039.03	15.100	39	± 19	No aplica
1500	1522.20	4.200	22	± 15	No aplica
2000	2016.55	13.700	17	± 18	No aplica
2500	2503.63	6.400	4	± 15	No aplica
3000	3024.93	3.200	25	± 15	No aplica
4000	4074.25	14.700	74	± 19	No aplica

k = 2,0

Correción máxima: 74 psi



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 74 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{74{,}0}{4000} = 1{,}850\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **315692**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
2,76	3,06	0,04	0,30	± 0,12
6,89	7,16	0,10	0,27	± 0,14
10,34	10,50	0,03	0,15	± 0,11
13,79	13,90	0,09	0,11	± 0,13
17,24	17,26	0,04	0,02	± 0,12
20,68	20,86	0,02	0,17	± 0,11
27,58	28,09	0,10	0,51	± 0,14

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:

- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **315692**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-11-13
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica / ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 315693
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 -46, MEDELLIN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**WINTERS**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	Z3381
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	Z3381
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-11-13**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-11-13**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	1 psi
RESOLUCIÓN	:	0.50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 60) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(6.0 a 60.0) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA DE PRODUCCIÓN
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL CALIDAD - TOMA DE PUREZA
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	24,46 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	24,76 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: 315693
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

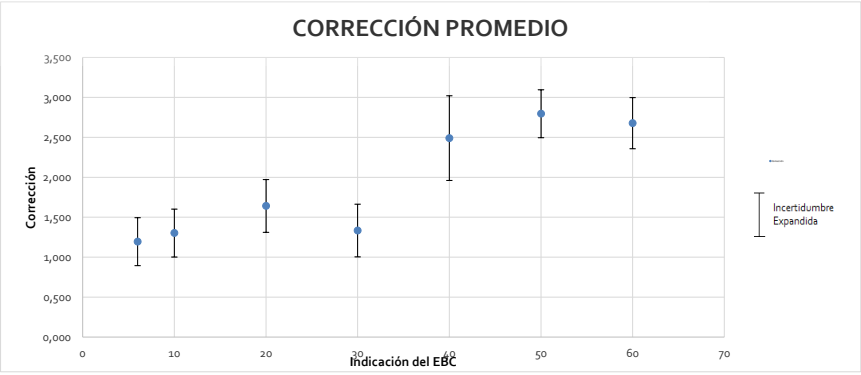
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	20,0	21,744	1,744
2/3	40.0	42,273	2,273
3/3	60.0	62,623	2,623

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
6.0	7,194	0,062	1,19	± 0,29	No aplica
10.0	11,302	0,072	1,30	± 0,30	No aplica
20.0	21,641	0,202	1,64	± 0,32	No aplica
30.0	31,334	0,198	1,33	± 0,33	No aplica
40.0	42,490	0,568	2,49	± 0,52	No aplica
50.0	52,795	0,079	2,80	± 0,30	No aplica
60.0	62,677	0,166	2,68	± 0,32	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: **2,80 psi**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 2,80 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

% de Error = $\frac{2,8}{60}$ = 4,667%

CERTIFICADO NÚMERO: 315693
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,0414	0,0496	0,0004	0,0082	± 0,0021
0,0689	0,0779	0,0005	0,0090	± 0,0021
0,1379	0,1492	0,0014	0,0113	± 0,0023
0,2068	0,2160	0,0014	0,0092	± 0,0023
0,2758	0,2930	0,0039	0,0172	± 0,0037
0,3447	0,3640	0,0005	0,0193	± 0,0021
0,4137	0,4321	0,0011	0,0185	± 0,0023

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-17AR Manómetro digital FLUKE 700RG06	TLM-P-6309	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2025-01-27
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **315693**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-11-13
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica / ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 315694
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 -46, MEDELLIN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**AIR IMETAN**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**UL**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	26300
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	26300
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-11-13**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-11-13**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 4000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(400 a 4.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA DE PRODUCCIÓN
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL Y CALIDAD
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	24,76 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	25,16 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: 315694

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

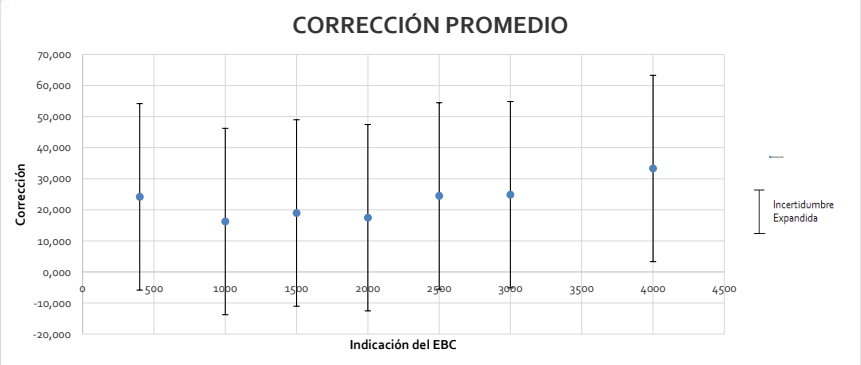
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	1.500	1.519,7	19,7
2/3	2.700	2.714.6	14.6
3/3	4.000	4.075.7	75.7

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
400	424.18	3.200	24	± 29	No aplica
1000	1016.23	3.100	16	± 29	No aplica
1500	1518.98	1.300	19	± 29	No aplica
2000	2017.45	1.700	17	± 29	No aplica
2500	2524.45	3.600	24	± 29	No aplica
3000	3024.85	6.500	25	± 29	No aplica
4000	4033.30	4.400	33	± 29	No aplica

k = 2,0

Correción máxima: 33 psi



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 33 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

% de Error = $\frac{33,0}{4000}$ = 0,825%

CERTIFICADO NÚMERO: 315694
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
2,76	2,92	0,02	0,17	± 0,21
6,89	7,01	0,02	0,11	± 0,21
10,34	10,47	0,01	0,13	± 0,21
13,79	13,91	0,01	0,12	± 0,21
17,24	17,41	0,02	0,17	± 0,21
20,68	20,86	0,04	0,17	± 0,21
27,58	27,81	0,03	0,23	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **315694**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-11-13
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	**Código : GIN-FR-123** **Versión: 19**

CERTIFICADO NÚMERO: 315695
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 -46, MEDELLIN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**RU**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**26300**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**26300**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-11-13**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-11-13**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	4 psi
RESOLUCIÓN	:	2.0 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 4000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(20 a 200) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA DE PRODUCCIÓN
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL Y CALIDAD - PATRÓN DE NITRÓGENO
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	24,16 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	24,66 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: 315695

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

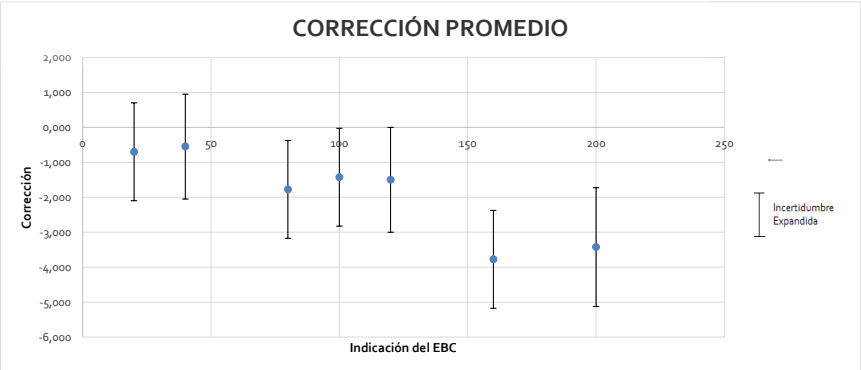
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	80	78,4	-1,6
2/3	134	132.8	-1.2
3/3	200	197.7	-2.3

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
20	19.30	0.500	-0,7	± 1,4	No aplica
40	39.45	0.800	-0,5	± 1,4	No aplica
80	78.23	0.300	-1,8	± 1,3	No aplica
100	98.58	0.500	-1,4	± 1,4	No aplica
120	118.50	0.800	-1,5	± 1,5	No aplica
160	156.23	0.300	-3,8	± 1,4	No aplica
200	196.58	1.400	-3,4	± 1,7	No aplica

**k = 2,0*

Correción máxima: -3,8 psi



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 3,8 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{3,8}{200} = 1,900\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: 315695
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,1379	0,1331	0,0034	-0,0048	± 0,0097
0,276	0,272	0,006	-0,004	± 0,011
0,5516	0,5393	0,0021	-0,0122	± 0,0097
0,6895	0,6797	0,0034	-0,0098	± 0,0097
0,827	0,817	0,006	-0,010	± 0,011
1,1032	1,0771	0,0021	-0,0260	± 0,0097
1,379	1,355	0,010	-0,024	± 0,012

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **315695**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-11-13
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO

PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO EQUIPOS BIOMEDICOS

VERSION:	1
FECHA:	28/05/2022

AÑO: 2026 **SEDE:** TRINIDAD

ITEM	CODIGO INTERNO	EQUIPOS	MARCA	MODELO	SERIE	ULTIMA VERIFICACION	UBICACIÓN	CEDULA	CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO												PERIORICIDAD	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
									ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE			
BIOMEDICOS	27327	CPAP AUTOMATICO	BMC	G2S	ES422754002	14/05/2026	CLARA OFELIA ZULUAGA DE POSADA	32345277								X					TRISMESTRAL	INGENIERO	VERIFICACION
BIOMEDICOS	20547	GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO	LONG FIAN	JAY-SAW	MZJSS196280	20/04/2026	MARIA LADY LOPEZ VANEGAS	21363624							X						TRISMESTRAL	BIOMEDICO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	23904	CPAP AUTOMATICO	BMC	G2S	ES421C65160	17/04/2026	ALBA LUCIA ISAZA DE ZULUAGA	32313686							X						TRISMESTRAL	INGENIERO	VERIFICACION
BIOMEDICOS	28968	BPAP AUTOMATICO	BMC	G3	YS9BD801057	10/02/2025	CRISTINA ZULETA URIBE	43973139							X						TRISMESTRAL	INGENIERO	VERIFICACION
BIOMEDICOS	23616	CPAP AUTOMATICO	BMC	G2S	ES420106189	7/02/2026	MARIA CRISTINA CARDONA	32439844							X						TRISMESTRAL	INGENIERO	VERIFICACION
BIOMEDICOS	27520	BPAP AUTOMATICO	BMC	G3	YS923201066	15/03/2026	ALFONSO DE JESUS CIFUENTES PEREZ	656957							X						TRISMESTRAL	INGENIERO	VERIFICACION
BIOMEDICOS	21194	REGULADOR YUGO	AIR -IMETEN	R900	165250	4/02/2026	BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA	42968866							X						TRISMESTRAL	BIOMEDICO	VERIFICACION
BIOMEDICOS	20692	REGULADOR VOLANTE	AIR -IMETEN	R900	145492	11/04/2026	BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA	42968866							X						TRISMESTRAL	BIOMEDICO	VERIFICACION
BIOMEDICOS	21919	GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO	LONG FIAN	JAY-SAW	MZJSS256991	20/04/2026	BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA	42968866							X						TRISMESTRAL	BIOMEDICO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	19204	CARRO PORTATIL	N/A	N/A	CARRO2138	N/A	BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA	42968866													TRISMESTRAL	BIOMEDICO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	24160	CILINDRO	FUTUMEDICA SAS	N/A	A20074075	30/03/2022	BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA	42968866													Cada 5 Año	PRODUCCION	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	26941	CILINDRO PORTATIL	FUTUMEDICA SAS	N/A	AS323004	30/11/2022	BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA	42968866											X		Cada 5 Año	PRODUCCION	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	27229	CPAP AUTOMATICO	BMC	G2S	ES422756269	15/04/2026	NOELIA DEL SOCORRO GALVIS DE VASCO	22129512							X						TRISMESTRAL	INGENIERO	VERIFICACION
BIOMEDICOS	23489	CPAP AUTOMATICO	BMC	G2S	ES419A04185	18/04/2026	MARILUZ MORENO DE BEDOYA	20181495							X						TRISMESTRAL	INGENIERO	VERIFICACION
BIOMEDICOS	27572	CPAP AUTOMATICO	BMC	G2S	ES422C02231	14/04/2026	ANDRES VARGAS ALVAREZ	8125032							X						TRISMESTRAL	INGENIERO	VERIFICACION
BIOMEDICOS	11026	GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO			76750	4/10/2026	JOSEFINA CLAVIJO DE BARRAGAN	26523078							X						TRISMESTRAL	BIOMEDICO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	13425	REGULADOR YUGO	AIR -IMETEN	R900	94075	3/06/2026	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	21362649									X				TRISMESTRAL	BIOMEDICO	VERIFICACION
BIOMEDICOS	16341	REGULADOR VOLANTE	AIR -IMETEN	R900	119235	4/06/2026	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	21362649									X				TRISMESTRAL	BIOMEDICO	VERIFICACION
BIOMEDICOS	13594	CARRO PORTATIL	N/A	N/A	CARRO1888	N/A	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	21362649													TRISMESTRAL	BIOMEDICO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	19010	REGULADOR ECONOMIZADOR	DRIVE	M0-812	218121856580	13/04/2026	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	21362649													TRISMESTRAL	BIOMEDICO	VERIFICACION
BIOMEDICOS	7560	CILINDRO PORTATIL	FUTUMEDICA SAS	N/A	BX810324	30/04/24	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	21362649				X									Cada 5 Año	PRODUCCION	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	21406	CILINDRO PORTATIL	FUTUMEDICA SAS	N/A	602673	30/12/2025	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	21362649												X	Cada 5 Año	PRODUCCION	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	8375	CILINDRO	FUTUMEDICA SAS	N/A	1506038	30/01/26	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	21362649	X												Cada 5 Año	PRODUCCION	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	27035	GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO	LONG FIAN	JAY-SAW	MZJSS403562	4/04/2026	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	21362649							X						TRISMESTRAL	BIOMEDICO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	28293	CARRO PORTATIL	N/A	N/A	C650	N/A	MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO	21362649													TRISMESTRAL		
BIOMEDICOS	2837	CILINDRO	FUTUMEDICA SAS	N/A	464204	30/05/2024	MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE	21859157					x								Cada 5 Año	PRODUCCION	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	19224	REGULADOR VOLANTE	AIR -IMETEN	R900	141153	30/04/2026	MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE	21859157							X						TRISMESTRAL	BIOMEDICO	VERIFICACION
BIOMEDICOS	22064	GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO	LONG FIAN	JAY-SAW	MZJSS254685	29/04/2026	MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE	21859157							X						TRISMESTRAL	BIOMEDICO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	21410	CILINDRO PORTATIL	FUTUMEDICA SAS	N/A	2888891	30/11/25	MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE	21859157											x		Cada 5 Año	PRODUCCION	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	2838	CILINDRO	FUTUMEDICA SAS	N/A	464282	30/07/23	MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE	21859157							x						Cada 5 Año	PRODUCCION	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	3537	CILINDRO PORTATIL	FUTUMEDICA SAS	N/A	824823	30/01/2025	MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE	21859157	X												Cada 5 Año	PRODUCCION	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	27696	CARRO PORTATIL	N/A	N/A	C556	N/A	MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE	21859157													TRISMESTRAL		
BIOMEDICOS	28564	REGULADOR YUGO	AIR -IMETEN	R900	00395	22/04/2026	MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE	21859157							X						TRISMESTRAL	BIOMEDICO	VERIFICACION
BIOMEDICOS	15382	CILINDRO PORTATIL	AIR -IMETEN	N/A	AS2629759	30/07/2025	BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA	21822509						X							Cada 5 Año	PRODUCCION	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	10541	REGULADOR YUGO	AIR -IMETEN	R900	62711	22/04/2026	BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA	21822509							X						TRISMESTRAL	BIOMEDICO	VERIFICACION

ITEM	CODIGO INTERNO	EQUIPOS	MARCA	MODELO	SERIE	ULTIMA VERIFICACION	UBICACIÓN	CEDULA	CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO													PERIORICIDAD	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
									ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE				
BIOMEDICOS	5890	CARRO PORTATIL	N/A	N/A	C48	N/A	BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA	21822509														TRISMESTRAL		
BIOMEDICOS	9734	REGULADOR VOLANTE	AIR -IMETEN	R900	51311	23/05/26	BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA	21822509								X						TRISMESTRAL	BIOMEDICO	VERIFICACION
BIOMEDICOS	12390	CILINDRO	FUTUMEDICA SAS	N/A	17316031	31/12/2024	BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA	21822509												X		TRISMESTRAL	PRODUCCION	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	14668	CILINDRO PORTATIL	FUTUMEDICA SAS	N/A	HF461167	30/05/2024	BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA	21822509					X									Cada 5 Año	PRODUCCION	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	28903	GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO			2021022881	21/04/2026	BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA	21822509							X							TRISMESTRAL	BIOMEDICO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	23608	CPAP AUTOMATICO	BMC	G2S	ES420108321	14/04/2026	ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ	32460218							X							TRISMESTRAL	INGENIERO	VERIFICACION
BIOMEDICOS	13790	GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO	LONG FIAN	JAY-5AW	MZJ5S 115927	4/09/2026	ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ	32460218							X							TRISMESTRAL	BIOMEDICO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	15768	REGULADOR VOLANTE PEDIATRICO	AIR -IMETEN	R900	114732	12/04/2026	ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ	32460218							X							TRISMESTRAL	BIOMEDICO	VERIFICACION
BIOMEDICOS	11460	CILINDRO	FUTUMEDICA SAS	N/A	283198	30/12/2025	ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ	32460218												X		TRISMESTRAL		
BIOMEDICOS	16127	REGULADOR YUGO	AIR -IMETEN	R900	112184	6/11/26	CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO	610703														TRISMESTRAL	BIOMEDICO	VERIFICACION
BIOMEDICOS	23474	GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO	LONG FIAN	JAY-5AW	MZJ5S399620	14/04/2026	CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO	610703							X							TRISMESTRAL	BIOMEDICO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	6848	CARRO PORTATIL	N/A	N/A	C91	N/A	CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO	610703														TRISMESTRAL		
BIOMEDICOS	18880	REGULADOR VOLANTE	AIR -IMETEN	R900	133264	14/04/2026	CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO	610703							X							TRISMESTRAL	BIOMEDICO	VERIFICACION
BIOMEDICOS	6090	CILINDRO PORTATIL	FUTUMEDICA SAS	N/A	BX670927	30/06/2022	CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO	610703						x								Cada 5 Año	PRODUCCION	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	26858	CILINDRO	FUTUMEDICA SAS	N/A	23E0055188	30/01/2023	CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO	610703	x													Cada 5 Año	PRODUCCION	MANTENIMIENTO PREVENTIVO
BIOMEDICOS	27779	CPAP AUTOMATICO	BMC	G2S	ES422851298	15/04/2026	LUISA FERNANDA CASTAÑO LONDOÑO	1152700276							X							TRISMESTRAL	INGENIERO	VERIFICACION
BIOMEDICOS	23575	CPAP AUTOMATICO	BMC	G2S	ES419A05211	15/04/2026	NORA ELENA PEÑA QUINTERO	32285102							X							TRISMESTRAL	INGENIERO	VERIFICACION

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 224988
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**UL**
SERIE *Series*	:	**106320**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**14842**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**14842**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-09-11**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-09-11**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 3000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0 a 3.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA
AREA SOLICITANTE	:	PRODUCCIÓN
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Aire

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	23,76 ± 0,36	50,5 ± 1,8
MÁXIMA	24,06 ± 0,36	50,5 ± 1,8

CERTIFICADO NÚMERO: **224988**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

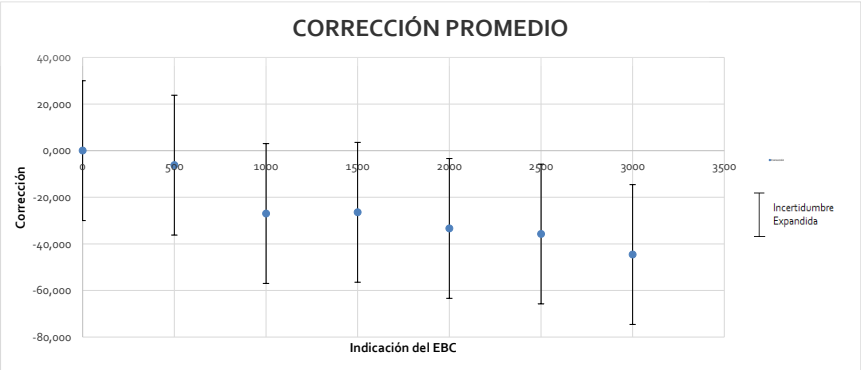
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	1.000	973,6	-26,4
2/3	2.000	1.963,6	-36,4
3/3	3.000	2.957,9	-42,1

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
0	0,00	0,000	0	± 29	No aplica
500	493,80	1,400	-6	± 29	No aplica
1000	973,03	1,200	-27	± 29	No aplica
1500	1473,55	3,200	-26	± 29	No aplica
2000	1966,63	2,400	-33	± 29	No aplica
2500	2464,23	3,300	-36	± 29	No aplica
3000	2955,43	3,000	-45	± 29	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: -45 psi



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 45 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

% de Error = $\frac{45,0}{3000}$ = 1,500%

CERTIFICADO NÚMERO: **224988**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,00	0,00	0,00	0,00	± 0,21
3,45	3,40	0,01	-0,04	± 0,21
6,89	6,71	0,01	-0,19	± 0,21
10,34	10,16	0,02	-0,18	± 0,21
13,79	13,56	0,02	-0,23	± 0,21
17,24	16,99	0,02	-0,25	± 0,21
20,68	20,38	0,02	-0,31	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:

- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **224988**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

EDISON ANDRÉS TANGARIFE FLÓREZ
Ingeniero Biomédico

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-09-11
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 261152
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO PÉREZ** **300-395-3954**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65-46, MEDELLÍN**
INSTRUMENTO *Instrument*	:	**TERMÓMETRO INFRARROJO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**KLEIN TOOLS**
SERIE *Series*	:	**S.I**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO IDENTIFICACIÓN *Identification Code*	:	**28998**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active code*	:	**28998**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-09-11**
FECHA DE RECEPCIÓN *Date of Reception*	:	**2025-09-10**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *Number of pages including annexes*	:	**TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

RESOLUCIÓN:	: 0,1 °C
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	: (5,9 a 59,8) °C
SITIO DE CALIBRACIÓN	: LABORATORIO MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.
AREA SOLICITANTE	: PLANTA

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

El método usado para la calibración es el de comparación por un patrón de referencia según instructivo interno GIN-IN-007.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales al inicio y fin de las pruebas, estas se refieren al sitio, y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

CERTIFICADO NÚMERO: **261152**
Certificate Number

	TEMPERATURA (ºC)	HUMEDAD RELATIVA (%hr)
MÍNIMA	21,61 ± 0,39	51,2 ± 2,9
MÁXIMA	22,01 ± 0,39	52,2 ± 2,9

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95 % , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

Los valores de la tabla se expresan en °C

VALOR EQUIPO DE PRUEBA	VALOR EQUIPO PATRÓN CORREGIDO	CORRECCIÓN A LA INDICACIÓN	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
5,90	6,0783	0,18	±0,30	No aplica
9,80	10,0095	0,21	±0,30	No aplica
30,00	30,0123	0,01	±0,30	No aplica
59,80	60,0275	0,23	±0,30	No aplica

Corrección Máxima: 0,23 °C



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: **261152**
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-01-117AR Termómetro digital con RTD Pt100	MET-LT-CC 50450 Y MET-LT-CC 50451	METROLABOR LTDA.	2025-07-21
P-06-502 Termohigrómetro Digital	288703	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-02-07

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El *valor del equipo de prueba* corresponde a un promedio de 4 mediciones de la lectura de éste.
- El *valor del equipo patrón* corresponde a un promedio de 4 mediciones de la lectura de éste, mas la corrección a la indicación obtenida de su certificado de calibración.
- Al valor indicado por el equipo de prueba se le debe sumar la corrección a la indicación para obtener la temperatura verdadera
  Temperatura corregida = Indicación + Corrección a la indicación
- La incertidumbre expandida reportada en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:
  *Incertidumbre Expandida=(Incertidumbre Combinada) * (Factor de Cobertura K)*
- Los datos reportados tendrán una cifra más que la resolución del equipo debido al cálculo del promedio.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by



CINDY JULIETH OSORIO ABELLO
Metróloga

Revisó
Reviewed

PERSONA QUE REVISÓ
Profesión

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-09-11
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 275372
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN SEBASTIÁN TORRES** 300-395-3954

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **FLUJÓMETRO DIGITAL**

FABRICANTE *Manufacturer* : **AIR METAN**

SERIE *Series* : **S.I.**

MODELO *Model* : **0.5 - 5 LPM**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **8854**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **8854**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2025-12-02**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2025-12-02**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	(0,25 y 5) lpm
RESOLUCIÓN:	:	(0,25 / 0,5 / 1 / 2 / 5) lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0,25 a 0,5) lpm / (0,5 a 2) lpm / (2 a 4) lpm / (4 a 10) lpm / (10 a 15) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0,25 a 15) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	OFICINA ADMINISTRATIVA
AREA SOLICITANTE	:	PATRÓN DE OXÍGENO

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22,02 ± 0,39	51,1 ± 2,2
MÁXIMA	22,02 ± 0,39	51,1 ± 2,2

CERTIFICADO NÚMERO: **275372**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

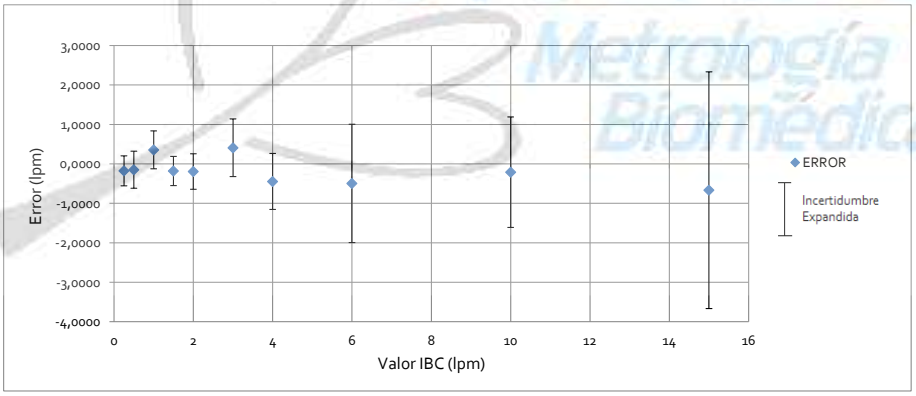
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
0,3	0,427	-0,18	± 0,38	No aplica
0,5	0,647	-0,15	± 0,47	No aplica
1,0	0,645	0,36	± 0,48	No aplica
1,5	1,680	-0,18	± 0,37	No aplica
2,0	2,193	-0,19	± 0,45	No aplica
3	2,591	0,41	± 0,73	No aplica
4	4,445	-0,44	± 0,71	No aplica
6	6,495	-0,5	± 1,5	No aplica
10	10,21	-0,2	± 1,4	No aplica
15	15,67	-0,7	± 3,0	No aplica

Error Máximo: **-0,7 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: **275372**
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-403 Termohigrómetro Digital	313258	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-10-28

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección

- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by

Daniel C.

DANIEL CEBALLOS CARTAGENA
Metrólogo

Revisó
Reviewed

Ana Manuela Vásquez

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-12-02
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 275372
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN SEBASTIÁN TORRES** 300-395-3954

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **FLUJÓMETRO DIGITAL**

FABRICANTE *Manufacturer* : **AIR METAN**

SERIE *Series* : **S.I.**

MODELO *Model* : **0.5 - 5 LPM**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **8854**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **8854**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2025-12-02**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2025-12-02**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	(0,25 y 5) lpm
RESOLUCIÓN:	:	(0,25 / 0,5 / 1 / 2 / 5) lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0,25 a 0,5) lpm / (0,5 a 2) lpm / (2 a 4) lpm / (4 a 10) lpm / (10 a 15) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0,25 a 15) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	OFICINA ADMINISTRATIVA
AREA SOLICITANTE	:	PATRÓN DE OXÍGENO

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22,02 ± 0,39	51,1 ± 2,2
MÁXIMA	22,02 ± 0,39	51,1 ± 2,2

CERTIFICADO NÚMERO: **275372**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

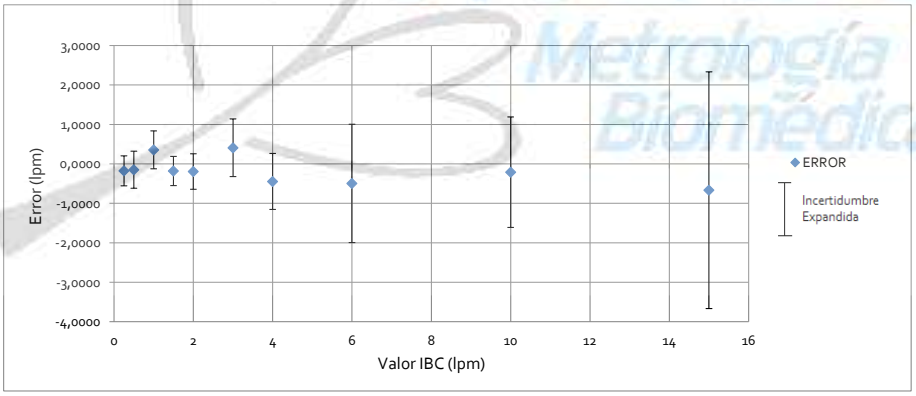
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
0,3	0,427	-0,18	± 0,38	No aplica
0,5	0,647	-0,15	± 0,47	No aplica
1,0	0,645	0,36	± 0,48	No aplica
1,5	1,680	-0,18	± 0,37	No aplica
2,0	2,193	-0,19	± 0,45	No aplica
3	2,591	0,41	± 0,73	No aplica
4	4,445	-0,44	± 0,71	No aplica
6	6,495	-0,5	± 1,5	No aplica
10	10,21	-0,2	± 1,4	No aplica
15	15,67	-0,7	± 3,0	No aplica

Error Máximo: **-0,7 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: **275372**
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-403 Termohigrómetro Digital	313258	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-10-28

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección

- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by

Daniel C.

DANIEL CEBALLOS CARTAGENA
Metrólogo

Revisó
Reviewed

Ana Manuela Vásquez

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-12-02
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 275373
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN SEBASTIAN TORRES 300-395-3954**

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **FLUJÓMETRO ANALÓGICO**

FABRICANTE *Manufacturer* : **AIR METAN**

SERIE *Series* : **S.I.**

MODELO *Model* : **0.5 - 5 LPM**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **9144**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **9144**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2025-12-02**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2025-12-02**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	(0,25 y 5) lpm
RESOLUCIÓN:	:	(0,25 / 0,5 / 1 / 2 / 5) lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0,25 a 0,5) lpm / (0,5 a 2) lpm / (2 a 4) lpm / (4 a 10) lpm / (10 a 15) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0,25 a 15) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	OFICINA ADMINISTRATIVA
AREA SOLICITANTE	:	LÍNEA DE PRODUCCIÓN

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22,12 ± 0,39	47,1 ± 2,2
MÁXIMA	22,12 ± 0,39	47,1 ± 2,2

CERTIFICADO NÚMERO: **275373**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

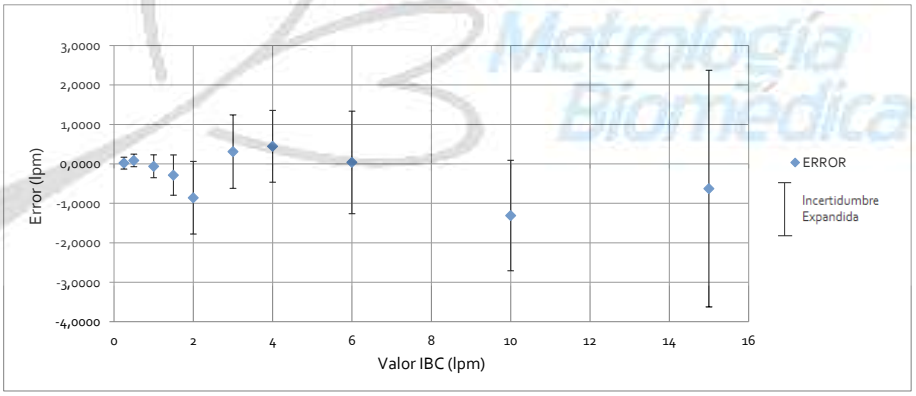
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
0,3	0,230	0,02	± 0,15	No aplica
0,5	0,412	0,09	± 0,16	No aplica
1,0	1,061	-0,06	± 0,29	No aplica
1,5	1,784	-0,28	± 0,51	No aplica
2,0	2,857	-0,86	± 0,92	No aplica
3	2,690	0,31	± 0,93	No aplica
4	3,554	0,45	± 0,91	No aplica
6	5,962	0,0	± 1,3	No aplica
10	11,31	-1,3	± 1,4	No aplica
15	15,63	-0,6	± 3,0	No aplica

Error Máximo: **-1,3 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: **275373**
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-403 Termohigrómetro Digital	313258	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-10-28

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección
- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by

Daniel C.

DANIEL CEBALLOS CARTAGENA
Metrólogo

Revisó
Reviewed

Ana Manuela Vásquez

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-12-02
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 275373
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN SEBASTIAN TORRES 300-395-3954**

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **FLUJÓMETRO ANALÓGICO**

FABRICANTE *Manufacturer* : **AIR METAN**

SERIE *Series* : **S.I.**

MODELO *Model* : **0.5 - 5 LPM**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **9144**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **9144**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2025-12-02**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2025-12-02**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	(0,25 y 5) lpm
RESOLUCIÓN:	:	(0,25 / 0,5 / 1 / 2 / 5) lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0,25 a 0,5) lpm / (0,5 a 2) lpm / (2 a 4) lpm / (4 a 10) lpm / (10 a 15) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0,25 a 15) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	OFICINA ADMINISTRATIVA
AREA SOLICITANTE	:	LÍNEA DE PRODUCCIÓN

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22,12 ± 0,39	47,1 ± 2,2
MÁXIMA	22,12 ± 0,39	47,1 ± 2,2

CERTIFICADO NÚMERO: **275373**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

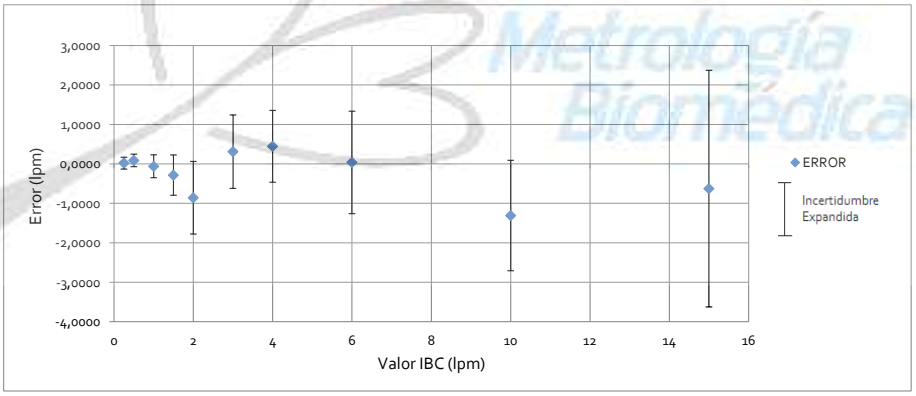
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
0,3	0,230	0,02	± 0,15	No aplica
0,5	0,412	0,09	± 0,16	No aplica
1,0	1,061	-0,06	± 0,29	No aplica
1,5	1,784	-0,28	± 0,51	No aplica
2,0	2,857	-0,86	± 0,92	No aplica
3	2,690	0,31	± 0,93	No aplica
4	3,554	0,45	± 0,91	No aplica
6	5,962	0,0	± 1,3	No aplica
10	11,31	-1,3	± 1,4	No aplica
15	15,63	-0,6	± 3,0	No aplica

Error Máximo: **-1,3 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: **275373**
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-403 Termohigrómetro Digital	313258	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-10-28

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección
- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by

Daniel C.

DANIEL CEBALLOS CARTAGENA
Metrólogo

Revisó
Reviewed

Ana Manuela Vásquez

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-12-02
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	**FORMATO** **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	**Código : GIN-FR-123** **Versión: 19**

CERTIFICADO NÚMERO: **283034**
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**ESFIGMOMANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**CRITHERM**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**15738**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**15738**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-10-16**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-10-16**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 6000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(500 a 5.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	LÍNEA 1 TABLERO 1
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22.76 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	22.96 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **283034**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

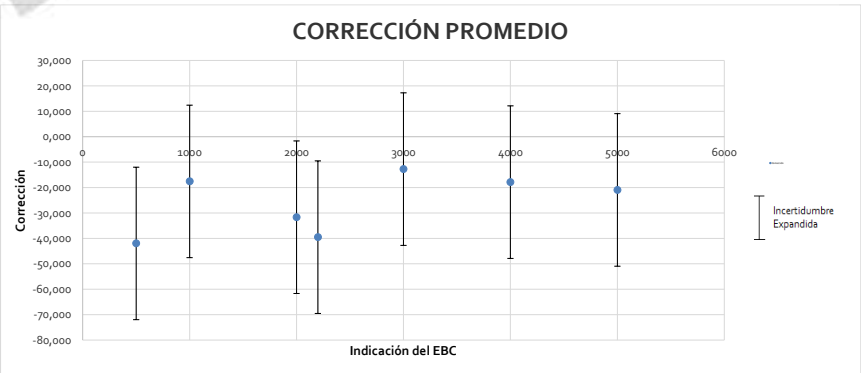
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	2.000	1.967,4	-32,6
2/3	3.350	3.321.4	-28.6
3/3	5.000	4.979.3	-20.7

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
500	458,03	3,000	-42	± 29	No aplica
1000	982,43	2,000	-18	± 29	No aplica
2000	1968,33	2,000	-32	± 29	No aplica
2200	2160,48	1,500	-40	± 29	No aplica
3000	2987,25	2,200	-13	± 29	No aplica
4000	3982,13	3,000	-18	± 29	No aplica
5000	4979,08	1,100	-21	± 29	No aplica

k = 2,0

Correción máxima: **-42 psi**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 42 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{42{,}0}{6000} = 0{,}700\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **283034**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
3,45	3,16	0,02	-0,29	± 0,21
6,89	6,77	0,01	-0,12	± 0,21
13,79	13,57	0,01	-0,22	± 0,21
15,17	14,90	0,01	-0,27	± 0,21
20,68	20,60	0,02	-0,09	± 0,21
27,58	27,46	0,02	-0,12	± 0,21
34,47	34,33	0,01	-0,14	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **283034**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-10-16
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 283035
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**ESFIGMOMANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**CRITHERM**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**15740**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**15740**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-10-16**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-10-16**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 6000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(500 a 5.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	LÍNEA 1 TABLERO 1
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22.76 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	23.06 ± 0.36	51.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **283035**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

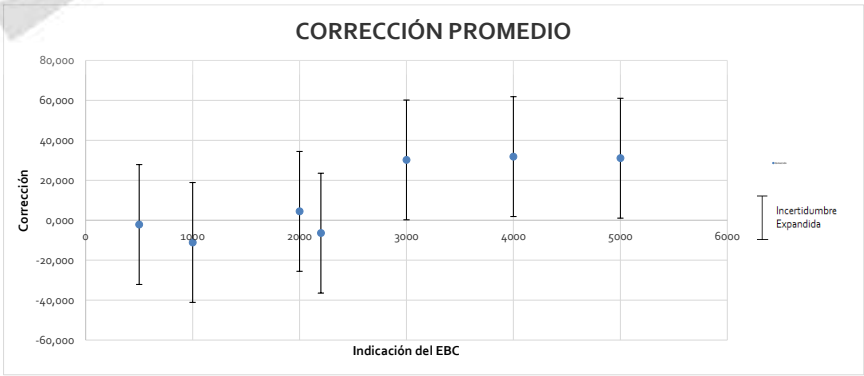
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	2.000	2.003,4	3,4
2/3	3.350	3.358.4	8.4
3/3	5.000	5.031.3	31.3

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
500	497,85	3,300	-2	± 29	No aplica
1000	988,88	0,700	-11	± 29	No aplica
2000	2004,45	3,300	4	± 29	No aplica
2200	2193,55	2,900	-6	± 29	No aplica
3000	3030,20	3,000	30	± 29	No aplica
4000	4031,85	2,500	32	± 29	No aplica
5000	5031,08	3,900	31	± 29	No aplica

**k = 2,0*

Correción máxima: **32** psi



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 32 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{32{,}0}{6000} = 0{,}533\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **283035**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
3,45	3,43	0,02	-0,01	± 0,21
6,89	6,82	0,00	-0,08	± 0,21
13,79	13,82	0,02	0,03	± 0,21
15,17	15,12	0,02	-0,04	± 0,21
20,68	20,89	0,02	0,21	± 0,21
27,58	27,80	0,02	0,22	± 0,21
34,47	34,69	0,03	0,21	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **283035**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-10-16
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 283037
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**ESFIGMOMANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**CPI**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**BM60309**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**S.I**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-10-16**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-10-16**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	50 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 4000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(500 a 4.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	PRODUCCIÓN
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22.76 ± 0.36	49.5 ± 1.8
MÁXIMA	22.96 ± 0.36	49.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **283037**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

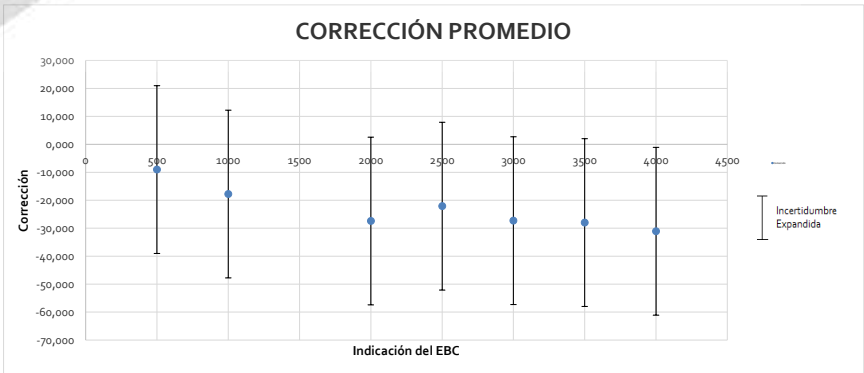
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	2.000	1.973,4	-26,6
2/3	2.700	2.663.2	-36.8
3/3	4.000	3.969.5	-30.5

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
500	490.98	2.700	-9	± 29	No aplica
1000	982.23	2.300	-18	± 29	No aplica
2000	1972.58	1.300	-27	± 29	No aplica
2500	2477.90	1.000	-22	± 29	No aplica
3000	2972.70	1.500	-27	± 29	No aplica
3500	3472.03	2.900	-28	± 29	No aplica
4000	3968.93	0.900	-31	± 29	No aplica

k = 2,0

Correción máxima: **-31 psi**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 31 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

% de Error = $\frac{31,0}{4000}$ = 0,775%

CERTIFICADO NÚMERO: **283037**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
3,45	3,39	0,02	-0,06	± 0,21
6,89	6,77	0,02	-0,12	± 0,21
13,79	13,60	0,01	-0,19	± 0,21
17,24	17,08	0,01	-0,15	± 0,21
20,68	20,50	0,01	-0,19	± 0,21
24,13	23,94	0,02	-0,19	± 0,21
27,58	27,36	0,01	-0,21	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **283037**

Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-10-16
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 283078
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**ESFIGMOMANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**CRITHERM**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**15746**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**15746**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-10-16**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-10-16**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 5000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(500 a 5.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	LÍNEA 2 TABLERO 2
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22.76 ± 0.36	49.5 ± 1.8
MÁXIMA	22.96 ± 0.36	49.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **283078**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

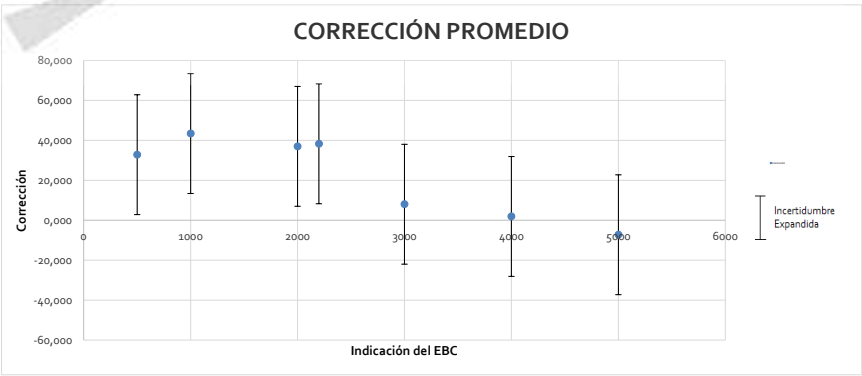
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	2.000	2.038,6	38,6
2/3	3.350	3.357.8	7.8
3/3	5.000	4.993.2	-6.8

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
500	532,83	3,300	33	± 29	No aplica
1000	1043,40	3,500	43	± 29	No aplica
2000	2037,00	7,000	37	± 30	No aplica
2200	2238,25	1,800	38	± 29	No aplica
3000	3008,03	2,700	8	± 29	No aplica
4000	4001,90	0,800	2	± 29	No aplica
5000	4992,73	1,200	-7	± 29	No aplica

**k = 2,0*

Correción máxima: **43 psi**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 43 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{43{,}0}{5000} = 0{,}860\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **283078**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
3,45	3,67	0,02	0,23	± 0,21
6,89	7,19	0,02	0,30	± 0,21
13,79	14,04	0,05	0,26	± 0,21
15,17	15,43	0,01	0,26	± 0,21
20,68	20,74	0,02	0,06	± 0,21
27,58	27,59	0,01	0,01	± 0,21
34,47	34,42	0,01	-0,05	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **283078**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-10-16
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	**FORMATO** **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	**Código : GIN-FR-123** **Versión: 19**

CERTIFICADO NÚMERO: 283079
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**ESFIGMOMANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**CRITHERM**
SERIE *Series*	:	**221207234**
MODELO *Model*	:	S.I.
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**27659**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**27659**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-10-16**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-10-16**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 5000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(500 a 5.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	LÍNEA 2 TABLERO 2
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22.76 ± 0.36	49.5 ± 1.8
MÁXIMA	22.96 ± 0.36	49.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **283079**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

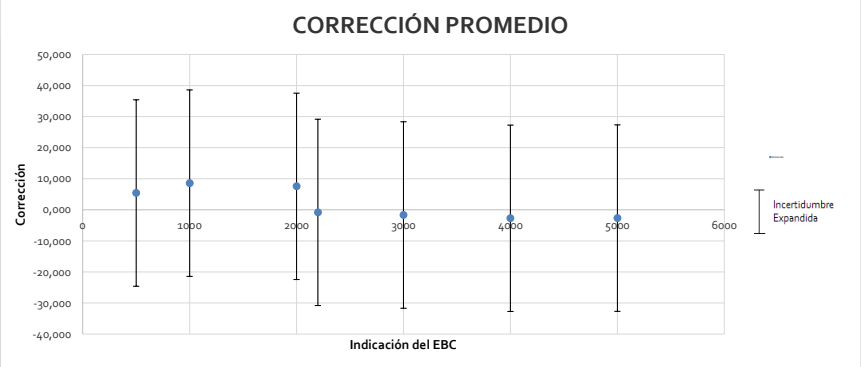
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	2.000	2.007,6	7,6
2/3	3.350	3.349.5	-0.5
3/3	5.000	4.998.5	-1.5

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
500	505,40	3,100	5	± 29	No aplica
1000	1008,58	2,000	9	± 29	No aplica
2000	2007,55	3,300	8	± 29	No aplica
2200	2199,18	1,300	-1	± 29	No aplica
3000	2998,33	1,800	-2	± 29	No aplica
4000	3997,28	1,700	-3	± 29	No aplica
5000	4997,33	1,900	-3	± 29	No aplica

k = 2,0

Correción máxima: 9 psi



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 9 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{9{,}0}{5000} = 0{,}180\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **283079**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
3,45	3,48	0,02	0,04	± 0,21
6,89	6,95	0,01	0,06	± 0,21
13,79	13,84	0,02	0,05	± 0,21
15,17	15,16	0,01	-0,01	± 0,21
20,68	20,67	0,01	-0,01	± 0,21
27,58	27,56	0,01	-0,02	± 0,21
34,47	34,46	0,01	-0,02	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **283079**

Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-10-16
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 283080
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**ESFIGMOMANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**CRITHERM**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**15741**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**15741**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-10-16**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-10-16**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 6000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(500 a 5.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	LÍNEA 1 TABLERO 1
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22.76 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	22.96 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **283080**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

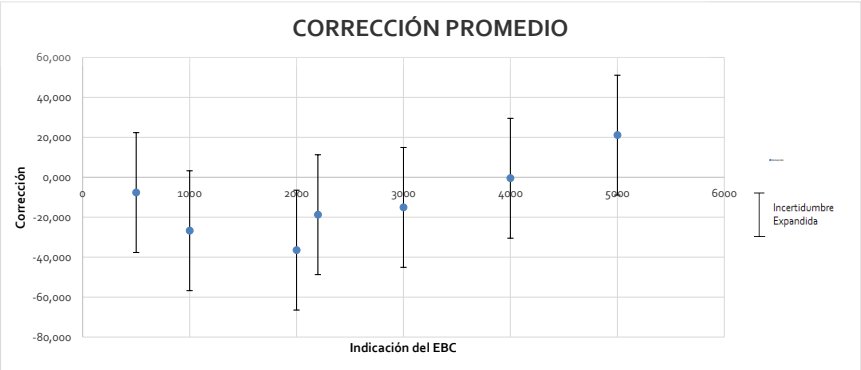
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	2.000	1.961,3	-38,7
2/3	3.350	3.349.5	-0.5
3/3	5.000	4.998.5	-1.5

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
500	492,35	4,000	-8	± 29	No aplica
1000	973,25	5,300	-27	± 29	No aplica
2000	1963,55	6,300	-36	± 29	No aplica
2200	2181,28	1,500	-19	± 29	No aplica
3000	2984,93	2,900	-15	± 29	No aplica
4000	3999,53	1,500	0	± 29	No aplica
5000	5021,13	2,900	21	± 29	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: **-36 psi**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 36 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

% de Error = $\frac{36,0}{600}$ = 6,000%

CERTIFICADO NÚMERO: **283080**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
3,45	3,39	0,03	-0,05	± 0,21
6,89	6,71	0,04	-0,18	± 0,21
13,79	13,54	0,04	-0,25	± 0,21
15,17	15,04	0,01	-0,13	± 0,21
20,68	20,58	0,02	-0,10	± 0,21
27,58	27,58	0,01	0,00	± 0,21
34,47	34,62	0,02	0,15	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **283080**

Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-10-16
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 301009
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**AIR METAN**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**BM54354**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**BM54354**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-08-20**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-08-20**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	2 psi
RESOLUCIÓN	:	1.0 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 220) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(22 a 220) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL DE CALIDAD
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Aire

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	19.46 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	19.76 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **301009**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

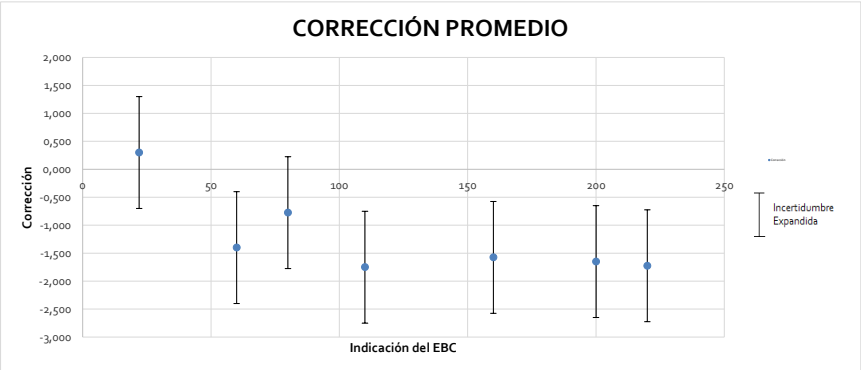
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	80	79,3	-0,7
2/3	150	148,2	-1,8
3/3	220	218,4	-1,6

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
22	22,30	0.600	0,3	± 1,0	No aplica
60	58,60	0.400	-1,4	± 1,0	No aplica
80	79,23	0.300	-0,8	± 1,0	No aplica
110	108,25	0.400	-1,8	± 1,0	No aplica
160	158,43	0.600	-1,6	± 1,0	No aplica
200	198,35	0.400	-1,7	± 1,0	No aplica
220	218,28	0.400	-1,7	± 1,0	No aplica

k = 2,0

Correción máxima: **-1,8 psi**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 1,8 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{1,8}{220} = 0,818\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **301009**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,1517	0,1538	0,0041	0,0021	± 0,0069
0,4137	0,4040	0,0028	-0,0097	± 0,0069
0,5516	0,5462	0,0021	-0,0053	± 0,0069
0,7584	0,7464	0,0028	-0,0121	± 0,0069
1,1032	1,0923	0,0041	-0,0109	± 0,0069
1,3790	1,3676	0,0028	-0,0114	± 0,0069
1,5168	1,5050	0,0028	-0,0119	± 0,0069

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:

- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **301009**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-08-20
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica · ONAC ACREDITADO · ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	**FORMATO** **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	**Código : GIN-FR-123** **Versión: 19**

CERTIFICADO NÚMERO: **301010**
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**RITHERM**
SERIE *Series*	:	**22074268**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**BX54356**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**BX54356**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-08-20**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-08-20**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	2 psi
RESOLUCIÓN	:	1.0 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 60) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(6 a 60) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	PRODUCCIÓN
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Aire

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	19.46 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	19.76 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **301010**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

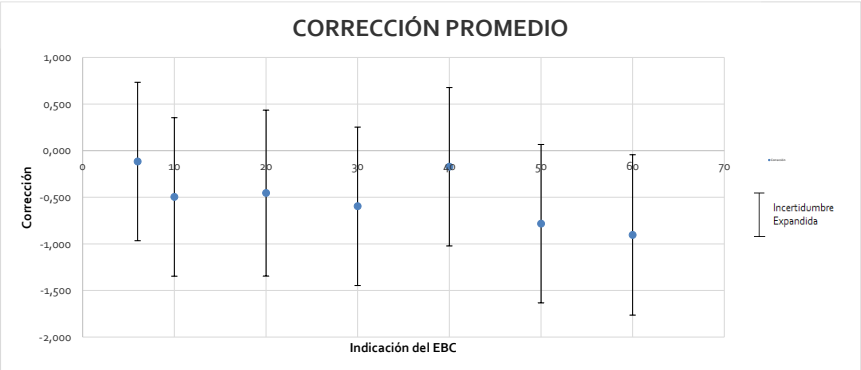
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	20	19,7	-0,3
2/3	40	39,7	-0,3
3/3	60	59,2	-0,8

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
6	5,88	0,202	-0,12	± 0,84	No aplica
10	9,50	0,201	-0,50	± 0,84	No aplica
20	19,55	0,421	-0,45	± 0,89	No aplica
30	29,40	0,203	-0,60	± 0,85	No aplica
40	39,83	0,122	-0,17	± 0,84	No aplica
50	49,22	0,160	-0,78	± 0,85	No aplica
60	59,10	0,161	-0,90	± 0,85	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: -0,90 psi



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 0,90 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

% de Error = $\frac{0,9}{60}$ = 1,500%

CERTIFICADO NÚMERO: **301010**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,0414	0,0406	0,0014	-0,0008	± 0,0059
0,0689	0,0655	0,0014	-0,0034	± 0,0059
0,1379	0,1348	0,0029	-0,0031	± 0,0062
0,2068	0,2027	0,0014	-0,0041	± 0,0059
0,2758	0,2746	0,0008	-0,0012	± 0,0059
0,3447	0,3393	0,0011	-0,0054	± 0,0059
0,4137	0,4075	0,0011	-0,0062	± 0,0060

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **301010**

Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-08-20
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica / ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 301011
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**AIR METAN**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**BM54355**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**BM54355**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-08-20**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-08-20**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	1 psi
RESOLUCIÓN	:	0.50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 30) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(3.0 a 30.0) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL DE CALIDAD
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Aire

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	19.46 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	19.76 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **301011**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

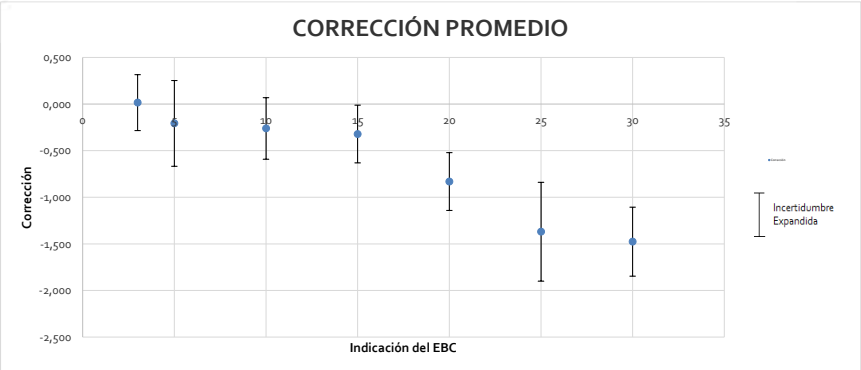
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	10.0	9,422	-0,578
2/3	20.0	19,094	-0,906
3/3	30.0	28,854	-1,146

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
3.0	3,015	0,012	0,02	± 0,29	No aplica
5.0	4,793	0,457	-0,21	± 0,46	No aplica
10.0	9,738	0,207	-0,26	± 0,33	No aplica
15.0	14,679	0,100	-0,32	± 0,30	No aplica
20.0	19,169	0,122	-0,83	± 0,31	No aplica
25.0	23,631	0,583	-1,37	± 0,53	No aplica
30.0	28,524	0,303	-1,48	± 0,36	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: -1,48 psi



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 1,48 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{1,5}{30} = 4,933\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **301011**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en kPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
20,7	20,8	0,1	0,1	± 2,1
34,5	33,0	3,2	-1,4	± 3,2
68,9	67,1	1,4	-1,8	± 2,3
103,4	101,2	0,7	-2,2	± 2,2
137,9	132,2	0,8	-5,7	± 2,2
172,4	162,9	4,0	-9,4	± 3,7
206,8	196,7	2,1	-10,2	± 2,6

1 kPa = 0.15 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:

- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-17AR Manómetro digital FLUKE 700RG06	TLM-P-2085	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2022-08-25
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **301011**

Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-08-20
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica / ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 301012
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**AIR METAN**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	S.I.
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	12864
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	12864
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	2025-08-20
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	2025-08-20
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	CUATRO (04)

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 3000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0 a 3.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	PRODUCCIÓN-ENVASADO
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Aire

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	19.46 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	19.76 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **301012**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

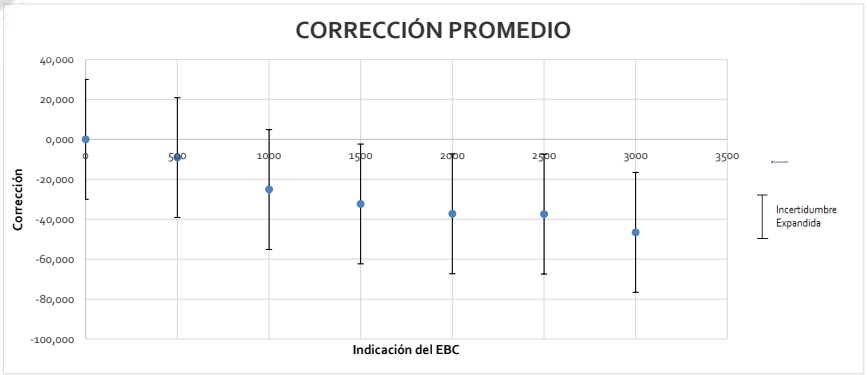
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	1.000	975,4	-24,6
2/3	2.000	1.962,1	-37,9
3/3	3.000	2.953,1	-46,9

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
0	0,00	0,000	0	± 29	No aplica
500	490,90	1,200	-9	± 29	No aplica
1000	974,88	1,100	-25	± 29	No aplica
1500	1467,65	1,800	-32	± 29	No aplica
2000	1962,70	2,400	-37	± 29	No aplica
2500	2462,58	2,900	-37	± 29	No aplica
3000	2953,43	6,000	-47	± 29	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: **-47 psi**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 47 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

% de Error = $\frac{47,0}{3000}$ = 1,567%

CERTIFICADO NÚMERO: **301012**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,00	0,00	0,00	0,00	± 0,21
3,45	3,38	0,01	-0,06	± 0,21
6,89	6,72	0,01	-0,17	± 0,21
10,34	10,12	0,01	-0,22	± 0,21
13,79	13,53	0,02	-0,26	± 0,21
17,24	16,98	0,02	-0,26	± 0,21
20,68	20,36	0,04	-0,32	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:

- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **301012**

Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-08-20
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 301013
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**AIR METAN**
SERIE *Series*	:	**129097**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**18762**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**18762**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-08-20**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-08-20**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 3000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0 a 3.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	PRODUCCIÓN
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Aire

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	19.76 ± 0.36	51.5 ± 1.8
MÁXIMA	19.76 ± 0.36	52.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **301013**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

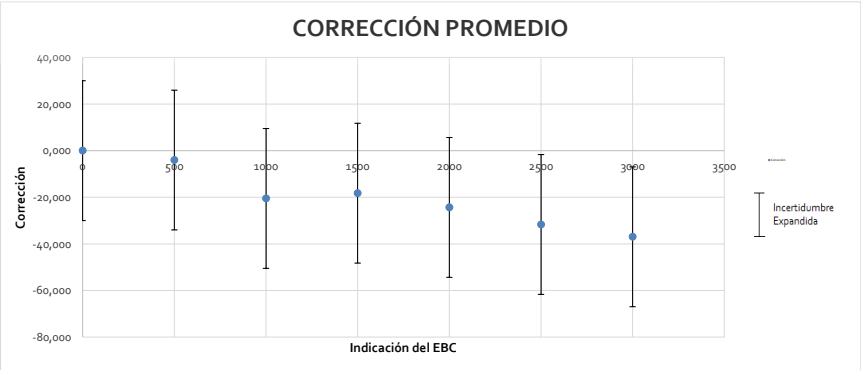
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	1.000	979,5	-20,5
2/3	2.000	1.972,3	-27,7
3/3	3.000	2.964,2	-35,8

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
0	0,00	0.000	0	± 29	No aplica
500	495,98	3.200	-4	± 29	No aplica
1000	979,50	2.500	-21	± 29	No aplica
1500	1481,78	2.900	-18	± 29	No aplica
2000	1975,65	3.400	-24	± 29	No aplica
2500	2468,33	3.100	-32	± 29	No aplica
3000	2963,03	4.400	-37	± 29	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: **-37 psi**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 37 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{37{,}0}{3000} = 1{,}233\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **301013**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,00	0,00	0,00	0,00	± 0,21
3,45	3,42	0,02	-0,03	± 0,21
6,89	6,75	0,02	-0,14	± 0,21
10,34	10,22	0,02	-0,13	± 0,21
13,79	13,62	0,02	-0,17	± 0,21
17,24	17,02	0,02	-0,22	± 0,21
20,68	20,43	0,03	-0,25	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:

- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **301013**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-08-20
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 301014
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**AIR METAN**
SERIE *Series*	:	**011502**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	28953
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	28953
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-08-20**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-08-20**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	200 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 4000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0 a 3.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	PRODUCCIÓN
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Aire

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	21.46 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	21.96 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **301014**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

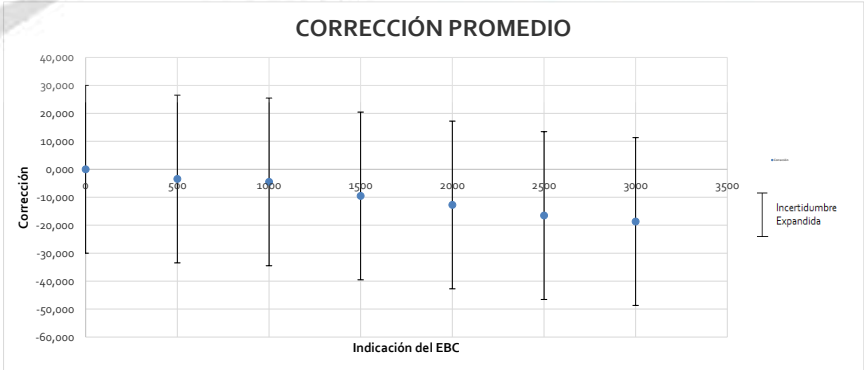
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	1.000	986,5	-13,5
2/3	2.000	1.984,3	-15,7
3/3	3.000	2.979,8	-20,2

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
0	0,00	0.000	0	± 29	No aplica
500	496,53	1.800	-3	± 29	No aplica
1000	995,50	3.400	-5	± 29	No aplica
1500	1490,48	1.800	-10	± 29	No aplica
2000	1987,25	3.300	-13	± 29	No aplica
2500	2483,45	2.300	-17	± 29	No aplica
3000	2981,33	2.000	-19	± 29	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: -19 psi



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 19 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{19{,}0}{4000} = 0{,}475\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **301014**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,00	0,00	0,00	0,00	± 0,21
3,45	3,42	0,01	-0,02	± 0,21
6,89	6,86	0,02	-0,03	± 0,21
10,34	10,28	0,01	-0,07	± 0,21
13,79	13,70	0,02	-0,09	± 0,21
17,24	17,12	0,02	-0,11	± 0,21
20,68	20,56	0,01	-0,13	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **301014**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-08-20
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 301015
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**AIR METAN**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**28589**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**28589**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-08-20**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-08-20**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 3000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0 a 3.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	CONSULTORIO
AREA SOLICITANTE	:	PRODUCCIÓN
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Aire

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	21.66 ± 0.36	53.5 ± 1.8
MÁXIMA	21.96 ± 0.36	53.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: **301015**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

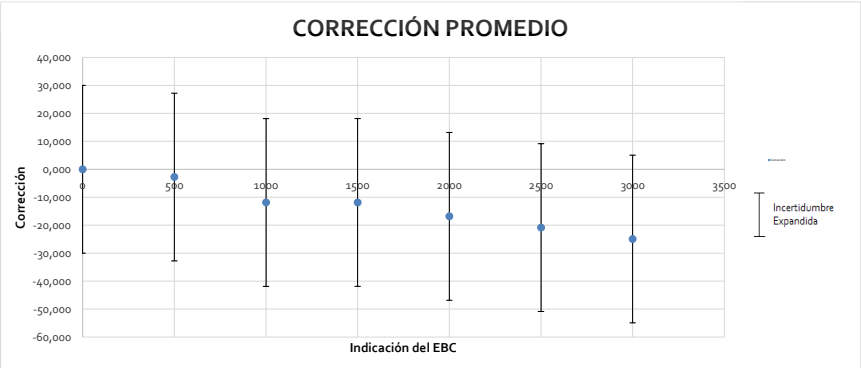
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	1.000	980,5	-19,5
2/3	2.000	1.979,6	-20,4
3/3	3.000	2.971,4	-28,6

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
0	0,00	0.000	0	± 29	No aplica
500	497,23	3.000	-3	± 29	No aplica
1000	988,13	1.100	-12	± 29	No aplica
1500	1488,15	2.800	-12	± 29	No aplica
2000	1983,18	5.100	-17	± 29	No aplica
2500	2479,15	1.400	-21	± 29	No aplica
3000	2975,08	3.200	-25	± 29	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: **-25 psi**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 25 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{25{,}0}{3000} = 0{,}833\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **301015**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,00	0,00	0,00	0,00	± 0,21
3,45	3,43	0,02	-0,02	± 0,21
6,89	6,81	0,01	-0,08	± 0,21
10,34	10,26	0,02	-0,08	± 0,21
13,79	13,67	0,04	-0,12	± 0,21
17,24	17,09	0,01	-0,14	± 0,21
20,68	20,51	0,02	-0,17	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **301015**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-08-20
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 303062
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN FELIPE VASCO** 300-395-39-54

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **FLUJÓMETRO ANALÓGICO**

FABRICANTE *Manufacturer* : **AIR IMETAN**

SERIE *Series* : **S.I.**

MODELO *Model* : **FM-100**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **FR-1**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **FR-1**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2025-08-20**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2025-08-20**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	(0.5 y 1) lpm
RESOLUCIÓN:	:	(0.5 / 1) lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 15) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(1 a 15) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL CALIDAD

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22.46 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	22.46 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: 303062

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

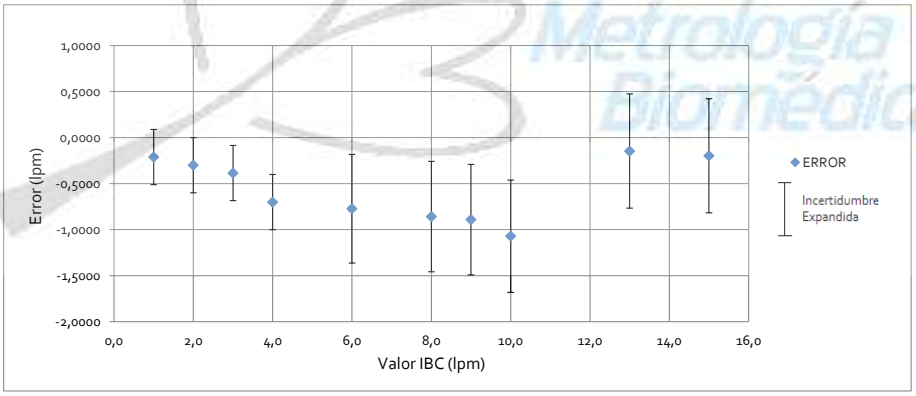
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
1.0	1.211	-0.21	± 0.30	No aplica
2.0	2.300	-0.30	± 0.30	No aplica
3.0	3.385	-0.39	± 0.30	No aplica
4.0	4.701	-0.70	± 0.30	No aplica
6	6.773	-0.77	± 0.59	No aplica
8	8.858	-0.86	± 0.60	No aplica
9	9.891	-0.89	± 0.60	No aplica
10	11.07	-1.07	± 0.61	No aplica
13	13.15	-0.15	± 0.62	No aplica
15	15.20	-0.20	± 0.62	No aplica

Error Máximo: **-1.07 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: 303062
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección
- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by



JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Revisó
Reviewed



ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-08-20
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 303063
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN FELIPE VASCO** 300-395-39-54

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **FLUJÓMETRO ANALÓGICO**

FABRICANTE *Manufacturer* : **AIR IMETAN**

SERIE *Series* : **S.I.**

MODELO *Model* : **FM-100**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **FR-2**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **FR-2**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2025-08-20**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2025-08-20**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	(0.5 y 1) lpm
RESOLUCIÓN:	:	(0.5 / 1) lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 15) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(1 a 15) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL CALIDAD

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22.46 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	22.46 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: 303063

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

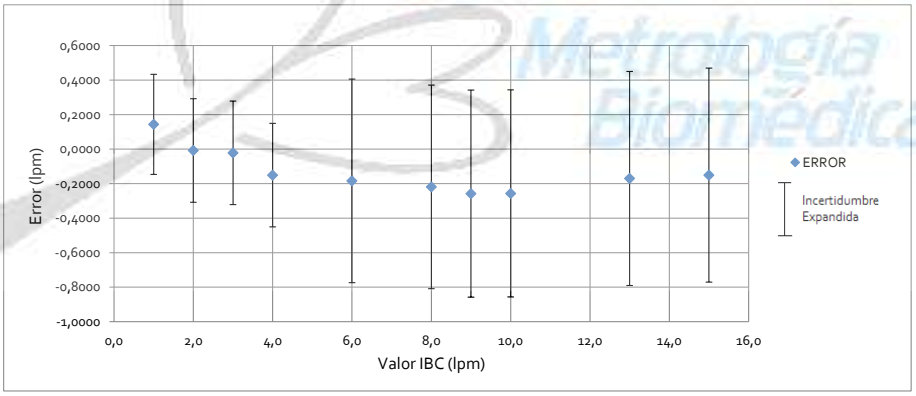
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
1.0	0.857	0.14	± 0.29	No aplica
2.0	2.008	-0.01	± 0.30	No aplica
3.0	3.022	-0.02	± 0.30	No aplica
4.0	4.151	-0.15	± 0.30	No aplica
6	6.184	-0.18	± 0.59	No aplica
8	8.219	-0.22	± 0.59	No aplica
9	9.258	-0.26	± 0.60	No aplica
10	10.26	-0.26	± 0.60	No aplica
13	13.17	-0.17	± 0.62	No aplica
15	15.15	-0.15	± 0.62	No aplica

Error Máximo: **-0.26 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: 303063
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección
- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by



JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Revisó
Reviewed



ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-08-20
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 303064
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** 300-395-39-54
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**FLUJÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**AIR IMETAN**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**FM-100**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**FR-3**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**FR-3**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-08-20**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-08-20**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	(0.5 y 1) lpm
RESOLUCIÓN:	:	(0.5 / 1) lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 15) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(1 a 15) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL CALIDAD

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22.46 ± 0.36	51.5 ± 1.8
MÁXIMA	22.46 ± 0.36	51.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: 303064

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

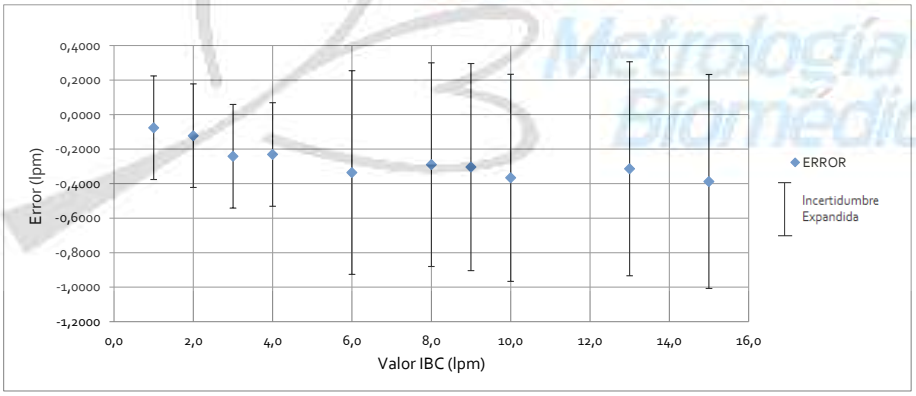
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
1.0	1.076	-0.08	± 0.30	No aplica
2.0	2.122	-0.12	± 0.30	No aplica
3.0	3.241	-0.24	± 0.30	No aplica
4.0	4.231	-0.23	± 0.30	No aplica
6	6.336	-0.34	± 0.59	No aplica
8	8.290	-0.29	± 0.59	No aplica
9	9.304	-0.30	± 0.60	No aplica
10	10.37	-0.37	± 0.60	No aplica
13	13.31	-0.31	± 0.62	No aplica
15	15.39	-0.39	± 0.62	No aplica

Error Máximo: **-0.39 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: 303064
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección
- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by



JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Revisó
Reviewed



ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-08-20
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 303065
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN FELIPE VASCO** 300-395-39-54

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **FLUJÓMETRO ANALÓGICO**

FABRICANTE *Manufacturer* : **AIR IMETAN**

SERIE *Series* : **S.I.**

MODELO *Model* : **FM-100**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **FR-4**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **FR-4**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2025-08-20**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2025-08-20**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	(0,5 y 1) lpm
RESOLUCIÓN:	:	0.5 / 1 lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 15) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(1 a 15) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL CALIDAD

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22,46 ± 0,36	51,5 ± 1,8
MÁXIMA	22,46 ± 0,36	51,5 ± 1,8

CERTIFICADO NÚMERO: 303065

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

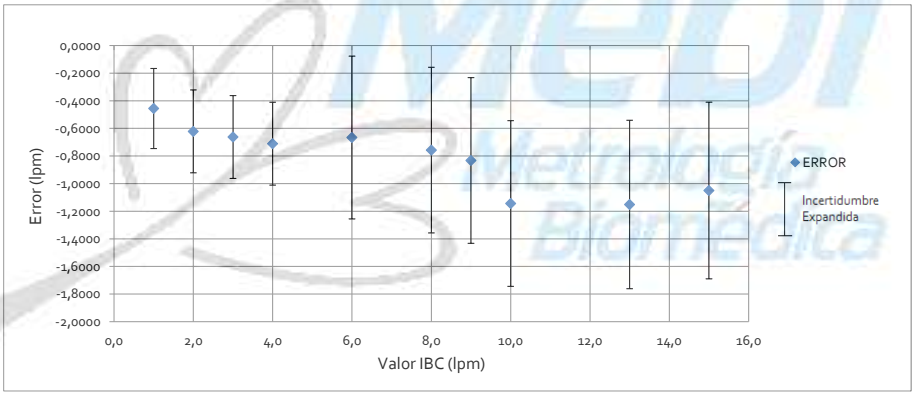
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
1,0	1,456	-0,46	± 0,29	No aplica
2,0	2,622	-0,62	± 0,30	No aplica
3,0	3,663	-0,66	± 0,30	No aplica
4,0	4,711	-0,71	± 0,30	No aplica
6	6,666	-0,67	± 0,59	No aplica
8	8,757	-0,76	± 0,60	No aplica
9	9,832	-0,83	± 0,60	No aplica
10	11,14	-1,14	± 0,60	No aplica
13	14,15	-1,15	± 0,61	No aplica
15	16,05	-1,05	± 0,64	No aplica

Error Máximo: **-1,15 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: 303065
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección
- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by



JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Revisó
Reviewed



ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-08-20
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 305272
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN FELIPE VASCO** 300-395-39-54

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **FLUJÓMETRO ANALÓGICO**

FABRICANTE *Manufacturer* : **AIR METAN**

SERIE *Series* : **S.I.**

MODELO *Model* : **15LPM**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **27806**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **27806**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2025-09-11**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2025-09-11**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	0,5 lpm
RESOLUCIÓN:	:	0,5 lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 5) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0,5 a 5) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL DE CALIDAD

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	23,96 ± 0,36	51,5 ± 1,8
MÁXIMA	23,96 ± 0,36	51,5 ± 1,8

CERTIFICADO NÚMERO: **305272**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

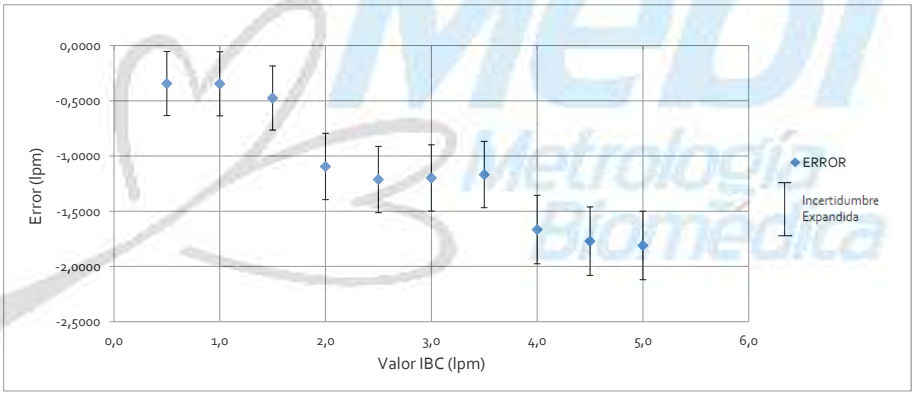
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
0,5	0,844	-0,34	± 0,29	No aplica
1,0	1,347	-0,35	± 0,29	No aplica
1,5	1,975	-0,47	± 0,29	No aplica
2,0	3,095	-1,09	± 0,30	No aplica
2,5	3,713	-1,21	± 0,30	No aplica
3,0	4,199	-1,20	± 0,30	No aplica
3,5	4,668	-1,17	± 0,30	No aplica
4,0	5,666	-1,67	± 0,31	No aplica
4,5	6,271	-1,77	± 0,31	No aplica
5,0	6,810	-1,81	± 0,31	No aplica

Error Máximo: **-1,81 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: 305272
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección
- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by



JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Revisó
Reviewed



EDISON ANDRÉS TANGARIFE FLÓREZ
Ingeniero Biomédico

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-09-11
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 305273
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN FELIPE VASCO** 300-395-39-54

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **FLUJÓMETRO ANALÓGICO**

FABRICANTE *Manufacturer* : **AIR METAN**

SERIE *Series* : **S.I.**

MODELO *Model* : **15LPM**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **FR-6**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **FR-6**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2025-09-11**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2025-09-11**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	(0,5 y 1) lpm
RESOLUCIÓN:	:	0,5 lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 15) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(1 a 15) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL DE CALIDAD - VENTEO

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	23,96 ± 0,36	51,5 ± 1,8
MÁXIMA	23,96 ± 0,36	51,5 ± 1,8

CERTIFICADO NÚMERO: **305273**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

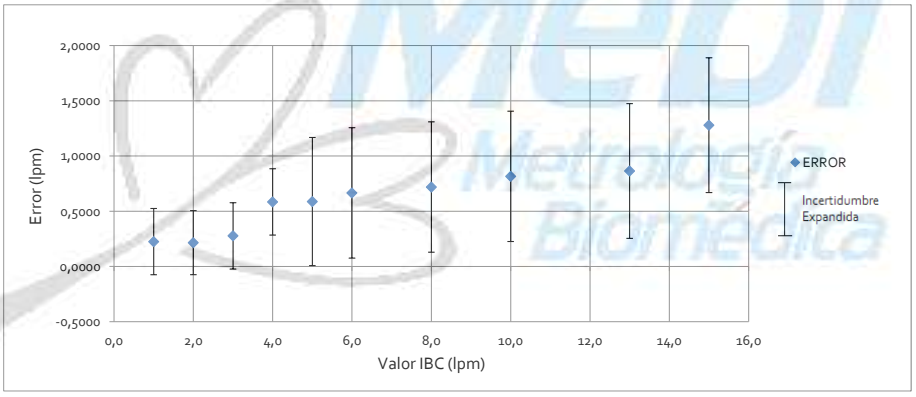
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
1,0	0,775	0,23	± 0,30	No aplica
2,0	1,784	0,22	± 0,29	No aplica
3,0	2,723	0,28	± 0,30	No aplica
4,0	3,415	0,58	± 0,30	No aplica
5	4,412	0,59	± 0,58	No aplica
6	5,334	0,67	± 0,59	No aplica
8	7,281	0,72	± 0,59	No aplica
10	9,184	0,82	± 0,59	No aplica
13	12,14	0,86	± 0,61	No aplica
15	13,72	1,28	± 0,61	No aplica

Error Máximo: **1,28 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: 305273
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección
- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by



JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Revisó
Reviewed



EDISON ANDRÉS TANGARIFE FLÓREZ
Ingeniero Biomédico

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-09-11
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 305273
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN FELIPE VASCO** 300-395-39-54

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **FLUJÓMETRO ANALÓGICO**

FABRICANTE *Manufacturer* : **AIR METAN**

SERIE *Series* : **S.I.**

MODELO *Model* : **15LPM**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **FR-6**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **FR-6**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2025-09-11**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2025-09-11**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	(0,5 y 1) lpm
RESOLUCIÓN:	:	0,5 lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 15) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(1 a 15) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL DE CALIDAD - VENTEO

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	23,96 ± 0,36	51,5 ± 1,8
MÁXIMA	23,96 ± 0,36	51,5 ± 1,8

CERTIFICADO NÚMERO: **305273**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

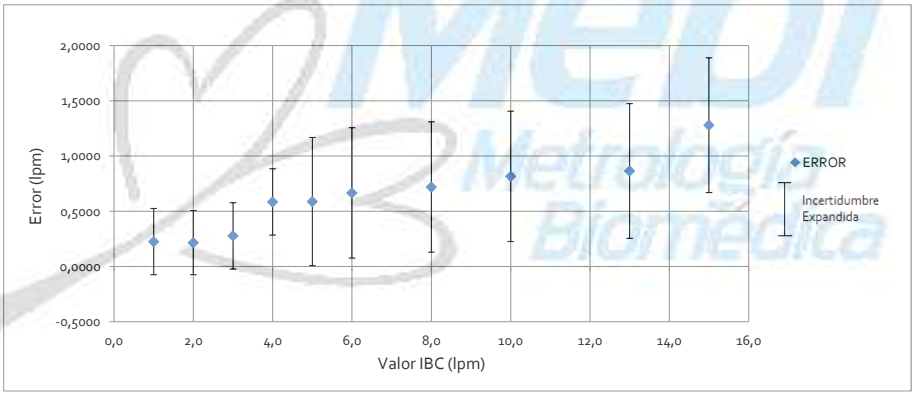
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
1,0	0,775	0,23	± 0,30	No aplica
2,0	1,784	0,22	± 0,29	No aplica
3,0	2,723	0,28	± 0,30	No aplica
4,0	3,415	0,58	± 0,30	No aplica
5	4,412	0,59	± 0,58	No aplica
6	5,334	0,67	± 0,59	No aplica
8	7,281	0,72	± 0,59	No aplica
10	9,184	0,82	± 0,59	No aplica
13	12,14	0,86	± 0,61	No aplica
15	13,72	1,28	± 0,61	No aplica

Error Máximo: **1,28 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: 305273
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección
- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by



JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Revisó
Reviewed



EDISON ANDRÉS TANGARIFE FLÓREZ
Ingeniero Biomédico

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-09-11
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

CERTIFICADO NÚMERO: 305274
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer* : **OXISALUD S.A.**

INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information* : **JUAN FELIPE VASCO** 300-395-39-54

DIRECCIÓN *Address* : **CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**

EQUIPO *Apparatus* : **REGULADOR DE OXÍGENO**

FABRICANTE *Manufacturer* : **AIR METAN**

SERIE *Series* : **106320**

MODELO *Model* : **15LPM**

CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code* : **14842**

CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code* : **14842**

FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception* : **2025-09-11**

FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration* : **2025-09-11**

NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes* : **TRES (03)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	(0,5 y 5) lpm
RESOLUCIÓN:	:	0,5 lpm
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 15) lpm
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0,5 a 15) lpm
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA
AREA SOLICITANTE	:	PRODUCCIÓN

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por método de comparación directa entre el equipo patrón y el equipo bajo prueba, según instructivo interno GIN-IN-001.

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	23,96 ± 0,36	51,5 ± 1,8
MÁXIMA	23,96 ± 0,36	51,5 ± 1,8

CERTIFICADO NÚMERO: **305274**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre reportada, es la incertidumbre expandida, considerando un factor de cobertura k=2, para un nivel de confianza del 95% , en ella se tuvieron en cuenta las fuentes de incertidumbre que aporta el Equipo Patrón, el Equipo de Prueba y el Método.

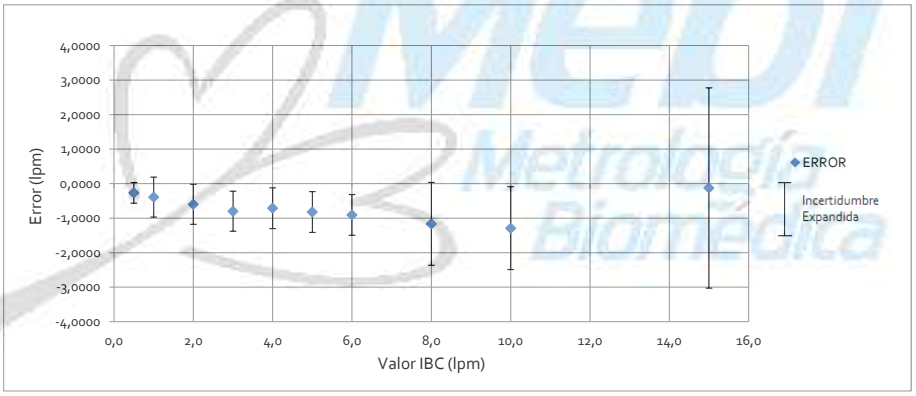
PRUEBA DE EXACTITUD

Los valores de la tabla se expresan en lpm

VALOR EQUIPO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN CON CORRECCIÓN	ERROR PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA	DELARACIÓN DE CONFORMIDAD
0,5	0,767	-0,27	± 0,30	No aplica
1	1,390	-0,39	± 0,58	No aplica
2	2,599	-0,60	± 0,58	No aplica
3	3,799	-0,80	± 0,58	No aplica
4	4,713	-0,71	± 0,59	No aplica
5	5,823	-0,82	± 0,59	No aplica
6	6,907	-0,91	± 0,59	No aplica
8	9,165	-1,2	± 1,2	No aplica
10	11,29	-1,3	± 1,2	No aplica
15	15,13	-0,1	± 2,9	No aplica

Error Máximo: **-1,3 lpm**

GRÁFICO DE ERROR



OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó declaración de conformidad.

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.
La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

CERTIFICADO NÚMERO: **305274**
Certificate Number

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. garantiza que los patrones utilizados en el procedimiento de calibración son trazables con el Sistema Internacional de Unidades (SI) por medio de una cadena ininterrumpida de calibraciones que los vincula a los patrones primarios pertinentes a las unidades de medición del SI.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-03-01 Analizador de gases FLUKE VT Plus HF	C6509–23	SET & GAT	2023-09-18
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- El error reportado en las tablas de resultados, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Error Promedio = Valor Equipo Prueba - Valor Promedio Patrón con Corrección
- La Valor Promedio Patrón con Corrección, es el promedio de cuatro lecturas tomadas en el equipo sumándole la corrección reportada en el certificado de calibración del mismo.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos análogos es por apreciación del observador.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo de prueba.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Make by



JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Revisó
Reviewed



EDISON ANDRÉS TANGARIFE FLÓREZ
Ingeniero Biomédico

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-09-11
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica — ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 312395
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN SEBASTIAN TORRES** **300-395-3954**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**AIR METAN**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**0.5 - 5 LPM**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	8854
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	8854
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-12-02**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-12-02**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 3000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(300 a 3.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	OFICINA ADMINISTRATIVA
AREA SOLICITANTE	:	PATRÓN DE OXÍGENO
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22,02 ± 0,39	50,1 ± 2,2
MÁXIMA	22,12 ± 0,39	51,1 ± 2,2

CERTIFICADO NÚMERO: **312395**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

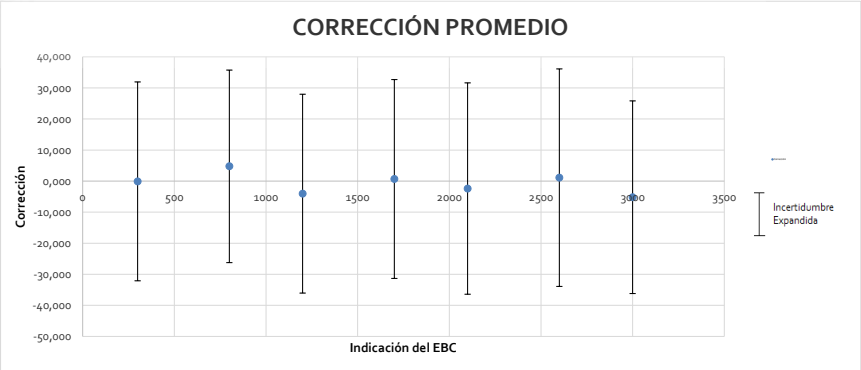
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	1.000	983,2	-16,8
2/3	2.000	1.995,7	-4,3
3/3	3.000	2.987,9	-12,1

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
300	299,90	17,100	0	± 31	No aplica
800	804,75	13,800	5	± 31	No aplica
1200	1195,98	15,900	-4	± 31	No aplica
1700	1700,68	15,900	1	± 31	No aplica
2100	2097,60	22,400	-2	± 34	No aplica
2600	2601,10	24,900	1	± 34	No aplica
3000	2994,80	12,400	-5	± 30	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: -5 psi



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 5 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{5{,}0}{3000} = 0{,}167\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **312395**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
2,07	2,07	0,12	0,00	± 0,23
5,52	5,55	0,10	0,03	± 0,22
8,27	8,25	0,11	-0,03	± 0,23
11,72	11,73	0,11	0,00	± 0,23
14,48	14,46	0,15	-0,02	± 0,24
17,93	17,93	0,17	0,01	± 0,25
20,68	20,65	0,09	-0,04	± 0,22

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-8312	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2025-11-20
P-06-403 Termohigrómetro Digital	313258	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-10-28

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **312395**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

Daniel C.

DANIEL CEBALLOS CARTAGENA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

Ana Manuela Vásquez

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-12-02
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica — ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 312395
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN SEBASTIAN TORRES** **300-395-3954**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**AIR METAN**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**0.5 - 5 LPM**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	8854
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	8854
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-12-02**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-12-02**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 3000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(300 a 3.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	OFICINA ADMINISTRATIVA
AREA SOLICITANTE	:	PATRÓN DE OXÍGENO
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22,02 ± 0,39	50,1 ± 2,2
MÁXIMA	22,12 ± 0,39	51,1 ± 2,2

CERTIFICADO NÚMERO: **312395**
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

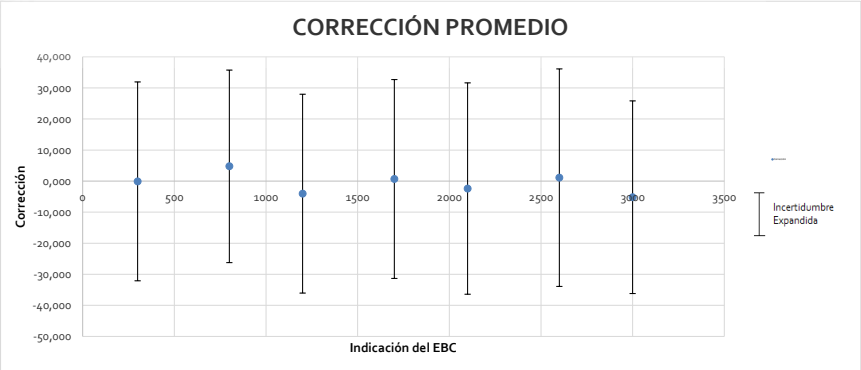
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	1.000	983,2	-16,8
2/3	2.000	1.995,7	-4,3
3/3	3.000	2.987,9	-12,1

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
300	299,90	17,100	0	± 31	No aplica
800	804,75	13,800	5	± 31	No aplica
1200	1195,98	15,900	-4	± 31	No aplica
1700	1700,68	15,900	1	± 31	No aplica
2100	2097,60	22,400	-2	± 34	No aplica
2600	2601,10	24,900	1	± 34	No aplica
3000	2994,80	12,400	-5	± 30	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: -5 psi



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 5 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{5{,}0}{3000} = 0{,}167\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **312395**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
2,07	2,07	0,12	0,00	± 0,23
5,52	5,55	0,10	0,03	± 0,22
8,27	8,25	0,11	-0,03	± 0,23
11,72	11,73	0,11	0,00	± 0,23
14,48	14,46	0,15	-0,02	± 0,24
17,93	17,93	0,17	0,01	± 0,25
20,68	20,65	0,09	-0,04	± 0,22

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-8312	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2025-11-20
P-06-403 Termohigrómetro Digital	313258	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-10-28

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **312395**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

Daniel C.

DANIEL CEBALLOS CARTAGENA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

Ana Manuela Vásquez

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-12-02
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica / ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 312396
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN SEBASTIAN TORRES** **300-395-3954**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO DIGITAL**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**YOKOGAWA**
SERIE *Series*	:	**JMS4J-912EB**
MODELO *Model*	:	**EJA110E**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**LI-1**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**LI-1**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-12-02**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-12-02**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	1 InH2O
RESOLUCIÓN	:	1,0 InH2O
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 400) InH2O
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0 a 200) InH2O
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	OFICINA ADMINISTRATIVA
AREA SOLICITANTE	:	LÍNEA DE PRODUCCIÓN
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Aire

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22,02 ± 0,39	50,1 ± 2,2
MÁXIMA	22,12 ± 0,39	51,1 ± 2,2

CERTIFICADO NÚMERO: **312396**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en InH2O

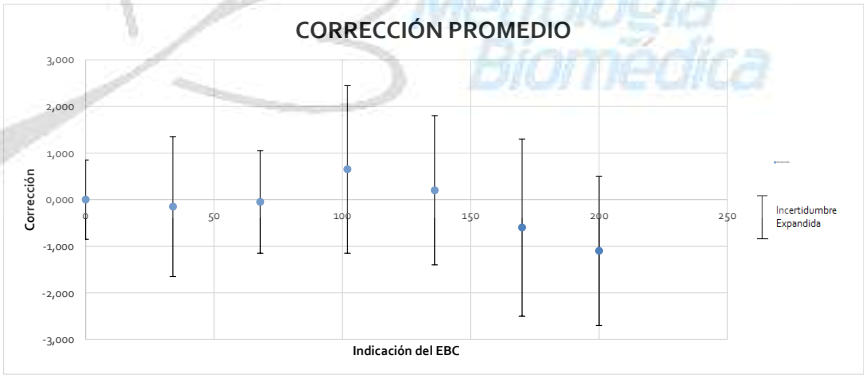
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	67	66,2	0,8
2/3	134	132,1	1,9
3/3	200	199,1	0,9

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (InH2O)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (InH2O)	HISTÉRESIS (InH2O)	CORRECCIÓN PROMEDIO (InH2O)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (InH2O)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
0	0	0,00	0,00	± 0,84	No aplica
34	34	1,60	-0,2	± 1,4	No aplica
68	68	0,90	0,0	± 1,1	No aplica
102	103	1,90	0,7	± 1,7	No aplica
136	136	1,60	0,2	± 1,6	No aplica
170	169	2,10	-0,6	± 1,8	No aplica
200	199	1,60	-1,1	± 1,5	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: **-1,1 InH2O**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 1,1 InH2O

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{1,1}{400} = 0,275\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **312396**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en kPa

VALOR EQUIPO PATRÓN	VALOR PROMEDIO PRUEBA	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,00	0,00	0,00	0,00	± 0,22
8,46	8,42	0,40	-0,04	± 0,38
16,92	16,91	0,22	-0,01	± 0,28
25,38	25,54	0,47	0,16	± 0,45
33,84	33,89	0,40	0,05	± 0,40
42,30	42,15	0,52	-0,15	± 0,48
49,77	49,49	0,40	-0,27	± 0,40

1 kPa = 4,1 lnH2O

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

Cliente solicita la calibración del equipo hasta 200 inH2O.

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-02 Manómetro digital OMEGA DPG-4000-30	TLM-P-5179	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2024-06-21
P-06-403 Termohigrómetro Digital	313258	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-10-28

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.

CERTIFICADO NÚMERO: **312396**

Certificate Number

- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

Daniel C.

DANIEL CEBALLOS CARTAGENA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

Ana Manuela Vásquez

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-12-02
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica / ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 312396
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN SEBASTIAN TORRES** **300-395-3954**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO DIGITAL**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**YOKOGAWA**
SERIE *Series*	:	**JMS4J-912EB**
MODELO *Model*	:	**EJA110E**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**LI-1**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**LI-1**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-12-02**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-12-02**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	1 InH2O
RESOLUCIÓN	:	1,0 InH2O
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 400) InH2O
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0 a 200) InH2O
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	OFICINA ADMINISTRATIVA
AREA SOLICITANTE	:	LÍNEA DE PRODUCCIÓN
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Aire

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22,02 ± 0,39	50,1 ± 2,2
MÁXIMA	22,12 ± 0,39	51,1 ± 2,2

CERTIFICADO NÚMERO: **312396**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en InH2O

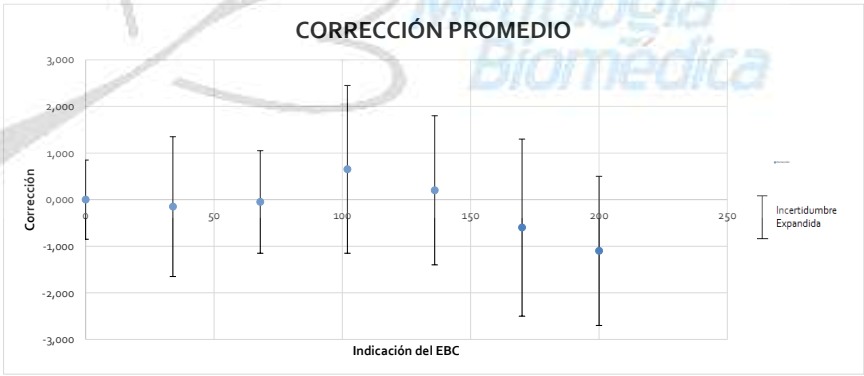
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	67	66,2	0,8
2/3	134	132,1	1,9
3/3	200	199,1	0,9

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (InH2O)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (InH2O)	HISTÉRESIS (InH2O)	CORRECCIÓN PROMEDIO (InH2O)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (InH2O)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
0	0	0,00	0,00	± 0,84	No aplica
34	34	1,60	-0,2	± 1,4	No aplica
68	68	0,90	0,0	± 1,1	No aplica
102	103	1,90	0,7	± 1,7	No aplica
136	136	1,60	0,2	± 1,6	No aplica
170	169	2,10	-0,6	± 1,8	No aplica
200	199	1,60	-1,1	± 1,5	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: **-1,1 InH2O**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 1,1 InH2O

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{1,1}{400} = 0,275\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **312396**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en kPa

VALOR EQUIPO PATRÓN	VALOR PROMEDIO PRUEBA	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,00	0,00	0,00	0,00	± 0,22
8,46	8,42	0,40	-0,04	± 0,38
16,92	16,91	0,22	-0,01	± 0,28
25,38	25,54	0,47	0,16	± 0,45
33,84	33,89	0,40	0,05	± 0,40
42,30	42,15	0,52	-0,15	± 0,48
49,77	49,49	0,40	-0,27	± 0,40

1 kPa = 4,1 lnH2O

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

Cliente solicita la calibración del equipo hasta 200 inH2O.

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-02 Manómetro digital OMEGA DPG-4000-30	TLM-P-5179	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2024-06-21
P-06-403 Termohigrómetro Digital	313258	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-10-28

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.

CERTIFICADO NÚMERO: **312396**

Certificate Number

- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

Daniel C.

DANIEL CEBALLOS CARTAGENA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

Ana Manuela Vásquez

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-12-02
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica / ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 312396
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN SEBASTIAN TORRES** **300-395-3954**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 - 46, MEDELLÍN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO DIGITAL**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**YOKOGAWA**
SERIE *Series*	:	**JMS4J-912EB**
MODELO *Model*	:	**EJA110E**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**LI-1**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**LI-1**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-12-02**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-12-02**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	1 InH2O
RESOLUCIÓN	:	1,0 InH2O
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 400) InH2O
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(0 a 200) InH2O
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	OFICINA ADMINISTRATIVA
AREA SOLICITANTE	:	LÍNEA DE PRODUCCIÓN
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Aire

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	22,02 ± 0,39	50,1 ± 2,2
MÁXIMA	22,12 ± 0,39	51,1 ± 2,2

CERTIFICADO NÚMERO: **312396**

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en InH2O

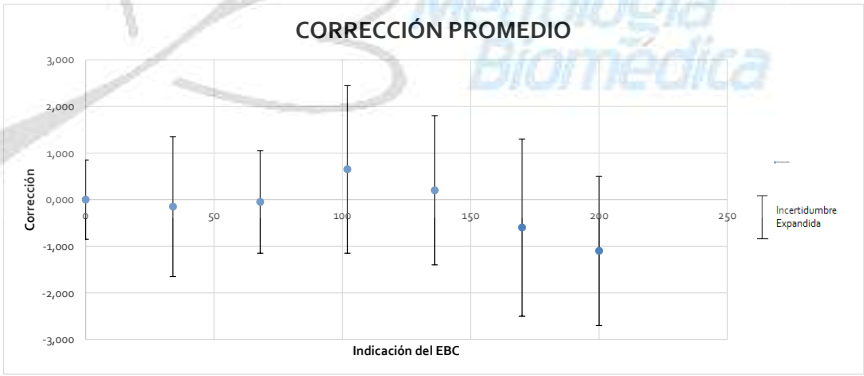
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	67	66,2	0,8
2/3	134	132,1	1,9
3/3	200	199,1	0,9

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (InH2O)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (InH2O)	HISTÉRESIS (InH2O)	CORRECCIÓN PROMEDIO (InH2O)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (InH2O)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
0	0	0,00	0,00	± 0,84	No aplica
34	34	1,60	-0,2	± 1,4	No aplica
68	68	0,90	0,0	± 1,1	No aplica
102	103	1,90	0,7	± 1,7	No aplica
136	136	1,60	0,2	± 1,6	No aplica
170	169	2,10	-0,6	± 1,8	No aplica
200	199	1,60	-1,1	± 1,5	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: **-1,1 InH2O**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 1,1 InH2O

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{1,1}{400} = 0,275\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **312396**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en kPa

VALOR EQUIPO PATRÓN	VALOR PROMEDIO PRUEBA	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,00	0,00	0,00	0,00	± 0,22
8,46	8,42	0,40	-0,04	± 0,38
16,92	16,91	0,22	-0,01	± 0,28
25,38	25,54	0,47	0,16	± 0,45
33,84	33,89	0,40	0,05	± 0,40
42,30	42,15	0,52	-0,15	± 0,48
49,77	49,49	0,40	-0,27	± 0,40

1 kPa = 4,1 lnH2O

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

Cliente solicita la calibración del equipo hasta 200 inH2O.

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-02 Manómetro digital OMEGA DPG-4000-30	TLM-P-5179	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2024-06-21
P-06-403 Termohigrómetro Digital	313258	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-10-28

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.

CERTIFICADO NÚMERO: **312396**

Certificate Number

- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .
- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

Daniel C.

DANIEL CEBALLOS CARTAGENA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

Ana Manuela Vásquez

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-12-02
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica / ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 315692
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 -46, MEDELLIN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**WIKA**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**BM60288 (MLL-4-M1)**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**BM60288 (MLL-4-M1)**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-11-13**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-11-13**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	50 psi
RESOLUCIÓN	:	25 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 4000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(400 a 4.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA DE PRODUCCIÓN
AREA SOLICITANTE	:	MANIFOLD DE LLENADO
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	24,76 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	25,06 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: 315692

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

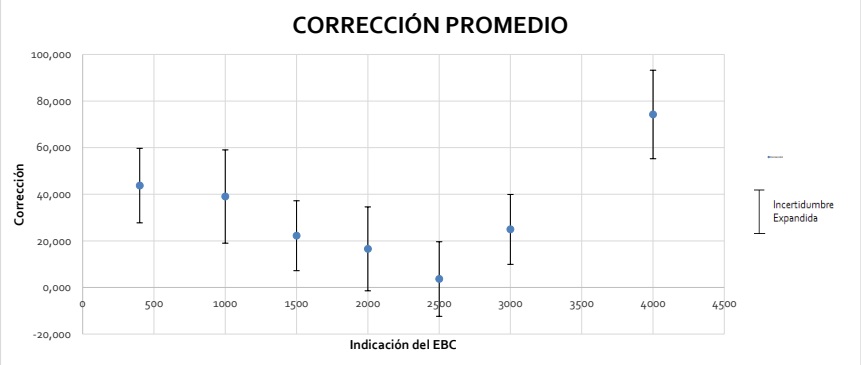
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	1.500	1.524,4	24,4
2/3	2.700	2.712.3	12.3
3/3	4.000	4.080.2	80.2

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
400	443.73	6.500	44	± 15	No aplica
1000	1039.03	15.100	39	± 19	No aplica
1500	1522.20	4.200	22	± 15	No aplica
2000	2016.55	13.700	17	± 18	No aplica
2500	2503.63	6.400	4	± 15	No aplica
3000	3024.93	3.200	25	± 15	No aplica
4000	4074.25	14.700	74	± 19	No aplica

k = 2,0

Correción máxima: 74 psi



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 74 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{74{,}0}{4000} = 1{,}850\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: **315692**
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
2,76	3,06	0,04	0,30	± 0,12
6,89	7,16	0,10	0,27	± 0,14
10,34	10,50	0,03	0,15	± 0,11
13,79	13,90	0,09	0,11	± 0,13
17,24	17,26	0,04	0,02	± 0,12
20,68	20,86	0,02	0,17	± 0,11
27,58	28,09	0,10	0,51	± 0,14

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:

- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **315692**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-11-13
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica / ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 315693
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 -46, MEDELLIN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**WINTERS**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	Z3381
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	Z3381
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-11-13**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-11-13**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	1 psi
RESOLUCIÓN	:	0.50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 60) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(6.0 a 60.0) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA DE PRODUCCIÓN
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL CALIDAD - TOMA DE PUREZA
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	24,46 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	24,76 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: 315693
Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

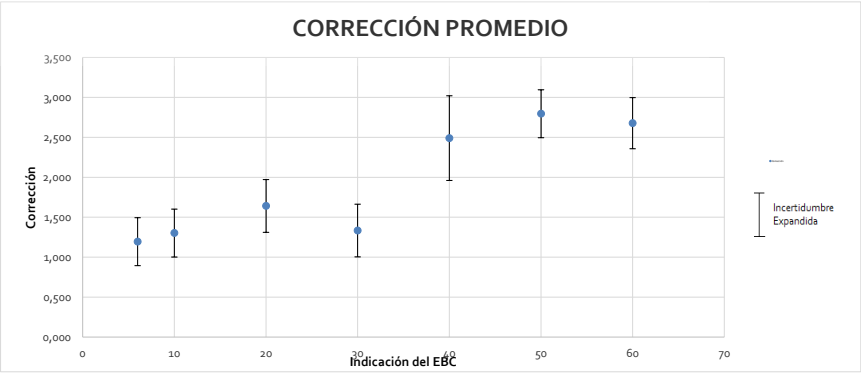
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	20,0	21,744	1,744
2/3	40.0	42,273	2,273
3/3	60.0	62,623	2,623

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
6.0	7,194	0,062	1,19	± 0,29	No aplica
10.0	11,302	0,072	1,30	± 0,30	No aplica
20.0	21,641	0,202	1,64	± 0,32	No aplica
30.0	31,334	0,198	1,33	± 0,33	No aplica
40.0	42,490	0,568	2,49	± 0,52	No aplica
50.0	52,795	0,079	2,80	± 0,30	No aplica
60.0	62,677	0,166	2,68	± 0,32	No aplica

***k = 2,0**

Correción máxima: **2,80 psi**



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 2,80 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

% de Error = $\frac{2,8}{60}$ = 4,667%

CERTIFICADO NÚMERO: 315693
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,0414	0,0496	0,0004	0,0082	± 0,0021
0,0689	0,0779	0,0005	0,0090	± 0,0021
0,1379	0,1492	0,0014	0,0113	± 0,0023
0,2068	0,2160	0,0014	0,0092	± 0,0023
0,2758	0,2930	0,0039	0,0172	± 0,0037
0,3447	0,3640	0,0005	0,0193	± 0,0021
0,4137	0,4321	0,0011	0,0185	± 0,0023

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-17AR Manómetro digital FLUKE 700RG06	TLM-P-6309	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2025-01-27
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **315693**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-11-13
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica / ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	Código : GIN-FR-123 Versión: 19

CERTIFICADO NÚMERO: 315694
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 -46, MEDELLIN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**AIR IMETAN**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**UL**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	26300
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	26300
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-11-13**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-11-13**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	100 psi
RESOLUCIÓN	:	50 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 4000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(400 a 4.000) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA DE PRODUCCIÓN
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL Y CALIDAD
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	24,76 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	25,16 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: 315694

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

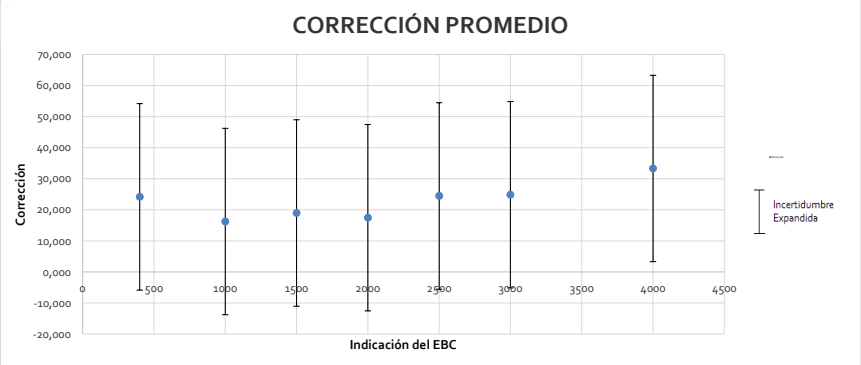
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	1.500	1.519,7	19,7
2/3	2.700	2.714.6	14.6
3/3	4.000	4.075.7	75.7

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
400	424.18	3.200	24	± 29	No aplica
1000	1016.23	3.100	16	± 29	No aplica
1500	1518.98	1.300	19	± 29	No aplica
2000	2017.45	1.700	17	± 29	No aplica
2500	2524.45	3.600	24	± 29	No aplica
3000	3024.85	6.500	25	± 29	No aplica
4000	4033.30	4.400	33	± 29	No aplica

k = 2,0

Correción máxima: 33 psi



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 33 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

% de Error = $\frac{33,0}{4000}$ = 0,825%

CERTIFICADO NÚMERO: 315694
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
2,76	2,92	0,02	0,17	± 0,21
6,89	7,01	0,02	0,11	± 0,21
10,34	10,47	0,01	0,13	± 0,21
13,79	13,91	0,01	0,12	± 0,21
17,24	17,41	0,02	0,17	± 0,21
20,68	20,86	0,04	0,17	± 0,21
27,58	27,81	0,03	0,23	± 0,21

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **315694**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-11-13
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

Mebi Metrología Biomédica ONAC ACREDITADO ISO/IEC 17025:2017 15-LAC-020	FORMATO **CERTIFICADO DE CALIBRACIÓN DE MANÓMETROS, VACUÓMETROS Y MANOVACUÓMETROS**	**Código : GIN-FR-123** **Versión: 19**

CERTIFICADO NÚMERO: 315695
Certificate Number

INSTITUCIÓN *Customer*	:	**OXISALUD S.A.**
INFORMACIÓN DEL CONTACTO *Contact Information*	:	**JUAN FELIPE VASCO** **300-395-39-54**
DIRECCIÓN *Address*	:	**CALLE 29 # 65 -46, MEDELLIN**
EQUIPO *Apparatus*	:	**MANÓMETRO ANALÓGICO**
FABRICANTE *Manufacturer*	:	**RU**
SERIE *Series*	:	**S.I.**
MODELO *Model*	:	**S.I.**
CÓDIGO METROLÓGICO *Metrological Code*	:	**26300**
CÓDIGO DE ACTIVO *Active Code*	:	**26300**
FECHA DE RECEPCIÓN: *Date of Reception*	:	**2025-11-13**
FECHA DE CALIBRACIÓN *Date of Calibration*	:	**2025-11-13**
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS *number of pages including annexes*	:	**CUATRO (04)**

INFORMACIÓN DE LA CALIBRACIÓN

DIVISIÓN DE ESCALA	:	4 psi
RESOLUCIÓN	:	2.0 psi
INTERVALO DE MEDICIÓN	:	(0 a 4000) psi
INTERVALO DE CALIBRACIÓN	:	(20 a 200) psi
SITIO DE CALIBRACIÓN	:	PLANTA DE PRODUCCIÓN
AREA SOLICITANTE	:	CONTROL Y CALIDAD - PATRÓN DE NITRÓGENO
MEDIO DE CALIBRACIÓN	:	Agua

MÉTODO DE CALIBRACIÓN

Se realiza calibración por el método de comparación directa a un instrumento patrón, según el instructio interno GIN-IN-056 que se basa en el procedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019. Del Centro Español de Metrología. Si en la página 1 se describe un dispositivo de medición de presión arterial no invasiva (esfigmomanómetro, tensiómetro), la calibración corresponde únicamente al elemento indicador. Este método de calibración no contempla "La bomba, el brazalete ni la manguera del instrumento".

CONDICIONES AMBIENTALES

Se registraron las condiciones ambientales durante la calibración, estas se refieren sólo al sitio y momento de la calibración. Se consignan en la siguiente tabla.

	TEMPERATURA (°C)	HUMEDAD RELATIVA (% hr)
MÍNIMA	24,16 ± 0.36	50.5 ± 1.8
MÁXIMA	24,66 ± 0.36	50.5 ± 1.8

CERTIFICADO NÚMERO: 315695

Certificate Number

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICIÓN

La incertidumbre de la medición es estimada de acuerdo con las directrices establecidas en elprocedimiento ME-003 para la calibración de manómetros, vacuómetros y manovacuómetros. Edición digital 3.2019, y en *Guide to the expresion of Uncertainty in measurement GUM,* JCGM100:2008 (GUM 1995 with minor corrections). Para ello, fueron tenidas en cuenta las contribuciones debidas al equipo patrón, a la resolución del equipo bajo prueba, la histéresis, la repetibilidad y la diferencia de altura con respecto al equipo patrón. Además, se tiene en cuenta una componente por la conversión de unidades y una derivada de la repetibilidad y reproducibilidad del método de calibración.
La incertidumbre expandida de la medición reportada se establece como la incertidumbre estándar de medición multiplicada por el factor de cobertura "k" y una probabilidad de cobertura aproximada al 95% y no menor a este valor.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN

1. DATOS DE LA COMPROBACIÓN INICIAL

Los valores de la tabla se expresan en psi

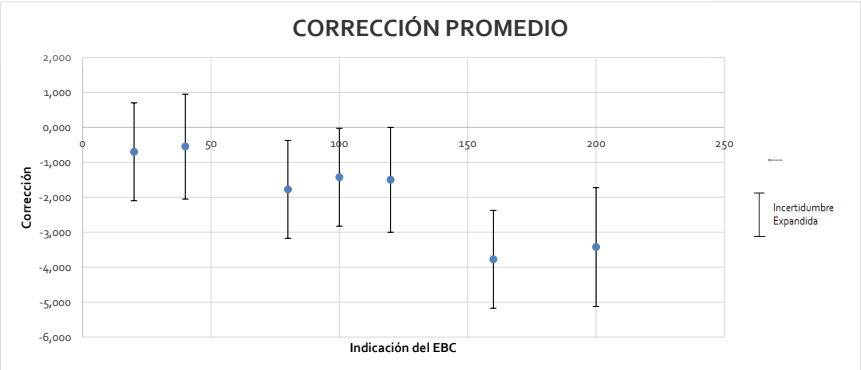
PUNTO DEL INTERVALO DE INDICACIÓN	VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR MEDIDO EQUIPO PATRÓN	CORRECCIÓN INICIAL
1/3	80	78,4	-1,6
2/3	134	132.8	-1.2
3/3	200	197.7	-2.3

2. PRUEBA DE EXACTITUD

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA (psi)	VALOR PROMEDIO PATRÓN (psi)	HISTÉRESIS (psi)	CORRECCIÓN PROMEDIO (psi)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA* (psi)	DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD
20	19.30	0.500	-0,7	± 1,4	No aplica
40	39.45	0.800	-0,5	± 1,4	No aplica
80	78.23	0.300	-1,8	± 1,3	No aplica
100	98.58	0.500	-1,4	± 1,4	No aplica
120	118.50	0.800	-1,5	± 1,5	No aplica
160	156.23	0.300	-3,8	± 1,4	No aplica
200	196.58	1.400	-3,4	± 1,7	No aplica

**k = 2,0*

Correción máxima: -3,8 psi



La diferencia máxima encontrada en la medición del Equipo Patrón y el de prueba es:

Diferencia Máxima = 3,8 psi

Esta diferencia en porcentaje respecto al valor máximo de la escala es:

$$\textbf{\% de Error} = \frac{3,8}{200} = 1,900\%$$

CERTIFICADO NÚMERO: 315695
Certificate Number

Usando factores de conversión, se obtienen los resultados en el Sistema Internacional de Unidades que se muestran a continuación.

Los valores de la tabla se muestran en MPa

VALOR EQUIPO BAJO PRUEBA	VALOR PROMEDIO PATRÓN	HISTÉRESIS	CORRECCIÓN PROMEDIO	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,1379	0,1331	0,0034	-0,0048	± 0,0097
0,276	0,272	0,006	-0,004	± 0,011
0,5516	0,5393	0,0021	-0,0122	± 0,0097
0,6895	0,6797	0,0034	-0,0098	± 0,0097
0,827	0,817	0,006	-0,010	± 0,011
1,1032	1,0771	0,0021	-0,0260	± 0,0097
1,379	1,355	0,010	-0,024	± 0,012

1 MPa = 150 psi

OBSERVACIONES DE LA CALIBRACIÓN

Se devuelve el equipo en buenas condiciones de funcionalidad.
Versión original (Certificado sin correcciones)

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD

El cliente no solicitó la declaración de conformidad

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Cuando el cliente no proporcione información sobre los puntos de calibración para el equipo bajo prueba de acuerdo con lo solicitado en la cotización del servicio, el laboratorio elegirá los que considera convenientes según el procedimiento de calibración.

La información de la institución solicitante y los datos del Equipo Bajo Prueba son suministrados por el cliente. Mebi Metrología Biomédica S.A. no se hace responsable de los mismos.

Cuando el cliente no especifique la clase de exactitud del equipo bajo prueba, el laboratorio la hallará con alguna de las siguientes maneras:
- Tomada de la carátula del equipo bajo prueba.
- Obtenida del manual del fabricante del equipo bajo prueba.
- Estimada según $CL = \frac{100 * EMP}{Full\ Scale}$

TRAZABILIDAD

MEBI Metrología Biomédica S.A. asegura la trazabilidad de las mediciones al Sistema Internacional de Unidades (SI) a través de laboratorios acreditados nacionales o internacionales, de acuerdo con lo establecido en ISO/IEC 17025:2017.

Identificación del Patrón de Calibración	Certificado de Calibración	Laboratorio Certificador	Fecha de Calibración
P-02-18AR Manómetro digital FLUKE 700RG30	TLM-P-3682	TESLA LABORATORIO DE METROLOGÍA	2023-09-06
P-06-396 Termohigrómetro Digital	288311	MEBI METROLOGÍA BIOMÉDICA S.A.	2025-03-05

OBSERVACIONES ADICIONALES

- El solicitante es responsable de la calibración de sus equipos a intervalos adecuados.
- Este certificado corresponde al equipo descrito en la página 1.
- Los datos reportados tendrán la misma cantidad de cifras que la resolución del equipo que le corresponde, los promedios tendrán una más.
- El *Valor Promedio Patrón* que se muestra en las tablas corresponde al promedio de dos lecturas ascendentes y dos descendentes cuando la clase de exactitud del manómetro es peor que 0,25%, y de tres lecturas ascendentes y tres descendentes para clases mejores a estas.
- Los valores del equipo bajo prueba pueden variar dependiendo de si estos se toma de manera ascendente o de manera descendente. La Histéresis se refiere al intervalo de estas posibles lecturas.
- La corrección en cada medición, se calcula mediante la siguiente expresión:

  Corrección = Valor Patrón - Valor de Prueba + Corrección por diferencia de alturas

- La corrección promedio en cada punto es el promedio de las cuatro o seis correcciones, dependiendo de la clase del manómetro.
- Los resultados en las Unidades del Sistema Internacional son obtenidos a partir de los resultados de la calibración en las unidades del equipo bajo prueba, usando factores de conversión para las unidades correspondientes.
- Los factores de conversión son tomados de *NIST Special Publications 811:2008, Anex B9* .

CERTIFICADO NÚMERO: **315695**
Certificate Number

- La resolución tomada para cálculos de incertidumbre expandida en equipos analogicos es por apreciación del observador.
- Los valores de las condiciones ambientales se expresan corregidos según el certificado de calibración de los instrumentos de apoyo.
- La etiqueta de calibración fue adherida al equipo calibrado.
- Los certificados de calibración sin firma no tienen validez.
- Los certificados de calibración deben publicarse sin enmiendas. Extractos o enmiendas requieren la autorización de MEBI Metrología Biomédica S.A.

Elaboró
Made by

JHONATAN RIOS SOSSA
Metrólogo

Aprobó
Approved by

ANA MANUELA VÁSQUEZ VELÁSQUEZ
Ingeniera Biomédica

Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido parcialmente, excepto cuando se haya obtenido previamente autorización por escrito del Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A.

Los resultados obtenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El Laboratorio de MEBI METROLOGIA BIOMEDICA S.A, no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

Fecha de Expedición: 2025-11-13
Date of issue

FIN DEL CERTIFICADO

1. OBJETIVO

Identificar los riesgos y establecer los lineamientos a seguir para garantizar la seguridad del personal, la disponibilidad de recursos y mantener la continuidad del negocio en OXISALUD S.A.S., ante urgencias epidemiológicas.

2. ALCANCE

Aplica para todo el personal de Oxisalud, y va desde la identificación e implementación de medidas de comportamiento y cuidado por parte del personal hasta la identificación y adecuación de los requisitos de operación

3. DEFINICIONES

3.1 ANTISÉPTICO (GEL ANTIBACTERIAL): son sustancias que se aplican sobre tejidos con vida, con el objeto de matar o impedir el desarrollo de los microorganismos.

3.2 DESINFECTANTE: los desinfectantes son sustancias que se emplean para destruir los microorganismos o inhibir su desarrollo, y que ejercen su acción sobre una superficie inerte u objeto inanimado.

3.3 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: tipo de enfermedad que afecta los pulmones y otras partes del aparato respiratorio. Las enfermedades respiratorias pueden ser productos de infecciones, consumo de tabaco o inhalación de humo de tabaco en el ambiente, radón, amianto u otras formas de contaminación del aire. Las enfermedades respiratorias incluyen el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la fibrosis pulmonar, la neumonía y el cáncer de pulmón. También se llama enfermedad pulmonar y trastorno pulmonar.

3.4 EPP: elementos de protección personal.

3.5 KIT DE DESINFECCIÓN: conjunto de elementos usados para un procedimiento de desinfección a equipos y envases, contiene (alcohol etílico al 70%, guantes, tapabocas, toallas desechables, alcohol isopropílico al 70% para desinfección de equipos médicos y bolsa para desechar los guantes y toallas usadas.) Nota: puede contener elementos adicionales según recomendaciones de autoridades de salud, y/o según comportamiento del pico epidemiológico.

3.6 LIMPIEZA: remover suciedad.

COPIA CONTROLADA

3.7 PLAN DE CONTINGENCIA: un plan de contingencia es un tipo de plan preventivo, predictivo y reactivo. presenta una estructura estratégica y operativa que ayudará a controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas.

3.8 URGENCIA EPIDEMIOLÓGICA: es un daño a la salud pública originado por la presencia de agentes microbiológicos, químicos o tóxicos, que ocasionan daños a individuos, brotes o epidemias, incluyendo las enfermedades exóticas, emergentes o reemergentes. Se activan por alertas generadas por parte de las autoridades nacionales e internacionales.

3.9 VIRUS: es un agente infeccioso microscópico acelular que solo puede multiplicarse dentro de las células de otros organismos.

4. RESPONSABILIDADES

4.1 Es responsabilidad del empleador:

- Suministrar a los empleados, por medio de los propios organismos y entidades públicas y privadas y administradoras de riesgos laborales, información clara y oportuna sobre las medidas preventivas y de contención de las emergencias epidemiológicas que se puedan presentar.

- Establecer canales de información para la prevención de las emergencias epidemiológicas y dejar claro a los trabajadores y contratistas a quién deben reportar cualquier sospecha de síntomas o contacto con personas de las que se sospeche enfermedad.

- Capacitar al personal sobre la prevención contra las emergencias epidemiológicas.

- Informar inmediatamente cualquier caso sospechoso a la Secretaría de Salud o Dirección Territorial de Salud de su jurisdicción.

4.2 Es responsabilidad del empleado:

- Asistir a las capacitaciones designadas por su jefe inmediato.

- Acatar las recomendaciones de uso de EPP e higiene personal dadas por su jefe inmediato y/o el área de SST.

- Cada empleado es responsable de notificar de forma inmediata al área de SST algún cambio en su estado de salud, tal como fiebre, tos, malestar general, congestión nasal *(se hace especial énfasis en esto a los conductores y personal de atención al cliente).*

ELABORÓ	REVISO	APROBO
Cargo: Líder de Gestion Humana y SST CCM **Fecha:** 02/05/24	**Cargo:** Jefe de Control de Calidad DSC **Fecha:** 02/05/24	**Cargo:** Dirección Técnica y aseguramiento de la Calidad VC6 **Fecha:** 03/05/24

COPIA CONTROLADA

- Notificar al área de SST si ha tenido algún contacto con alguna persona de la que se sospeche tenga síntomas característicos de infección de acuerdo al patógeno causante de la urgencia epidemiológica *(se hace especial énfasis en esto a los conductores y personal de atención al cliente).*

5 CONDICIONES GENERALES

5.1 Requisitos de ley

- Ley 9 de 1979 Código Sanitario
- Decreto 1072 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo
- Circular 031 de 2018 sobre la Intensificación de las acciones para la prevención, atención y el control de la Infección Respiratoria Aguda (IRA)
- Resolución 0380 del 10 de Marzo de 2020: con el objetivo de prevenir y controlar la propagación de la epidemia de coronavirus COVID-19 se adoptan medidas preventivas sanitarias de aislamiento y cuarentena de las personas que, a partir de la entrada en vigencia del presente acto administrativo, arriben a Colombia de la república popular de china, Italia, Francia y de España.
- Circular 0017 del 24 de febrero de 2020 del ministerio de trabajo, aplicables principalmente a los ambientes laborales: lineamientos mínimos a implementar de promoción y prevención para la preparación, respuesta y atención de casos de enfermedad por COVID-19 (antes denominado coronavirus)
- Circular 0018 del 10 de marzo de 2020: acciones de contención ante el COVID-19 y la prevención de enfermedades asociadas al primer pico epidemiológico de enfermedades respiratorias.
- Circular 019 de 2020 Detección temprana
- Circular 025 de 2020 Instrucciones para formular acciones colectivas y procesos de gestión de la salud pública
- Circular 001 de 2020 Reducir la exposición y contagio por COVID-19
- RESOLUCIÓN 777 DE 2021 Por medio de la cual se definen los criterios y condiciones para el desarrollo de las actividades económicas, sociales y del Estado y se adopta el protocolo de bioseguridad para la ejecución de estas **Derogado por el Art. 4 de la Resolución 350 de 2022.**

5.2 Suplencias

Oxisalud S.A.S establece las suplencias para todo el personal técnico (de acuerdo al formato P-PRH-001-F3 "Listado de suplencias y control de firmas"). Para efectos de garantizar que los posibles ausentismos laborales no afecten el normal desarrollo de la operación y por lo tanto se garantice la continuidad del negocio, se extiende la definición de estas suplencias a todo el personal de la organización.

COPIA CONTROLADA

5.3 Comunicados internos

Estos comunicados harán parte integral de este procedimiento, allí se encontrarán detallados todas las recomendaciones de cuidado y comportamiento que cada empleado deberá llevar a cabo ante la emergencia epidemiológica y serán divulgados a todo el personal. Dicha información contenida en estos comunicados será tomada de fuentes confiables tales como OMS, Ministerio de Salud, Seccional de Salud, Alcaldías, etc.

5.4 Análisis de riesgos

En Oxisalud S.A.S se realiza un análisis de riesgo por cada pico epidemiológico reportado, formato **P-PP-008-F2** "Matriz de Análisis de Riesgos" el cual permite establecer las medidas y acciones puntuales a implementar.

5.5 Conformación del equipo técnico

Ante emergencias Epidemiológicas, OXISALUD S.A.S establece que el equipo técnico responsable de gestionar las acciones de la empresa estará integrado por:

- Gerente
- Subgerente
- Líder de Gestión Humana y SST
- Jefe de Control de Calidad
- Director Técnico y aseguramiento de calidad

Las diferentes acciones del Equipo Técnico estarán evidenciadas mediante correo electrónico, en las actas de reunión y soportadas por el diligenciamiento de los diferentes registros y divulgación de las circulares.

En caso tal que dentro de las medidas adoptadas por la empresa se establezca el seguimiento a la temperatura corporal para los trabajadores por algún periodo de tiempo, para el registro se utiliza el formato P-PRH-009-F1 Medición de la Temperatura Corporal

6. CONTENIDO

6.1. Acciones generales

La Gerencia de la organización es responsable de designar al Equipo Técnico (Comité Técnico) con el fin que este desarrolle las siguientes acciones:

COPIA CONTROLADA

- Realizar el análisis de riesgos siguiendo el formato establecido para tal fin P-PP-008-F2 "Matriz de Análisis de Riesgos
- Ante la identificación de cada Punto Crítico, definir las acciones a desarrollar
- Elaborar las circulares internas o externas que sean requeridas y asegurar su divulgación al personal responsable
- Realizar seguimiento al cumplimiento de las medidas divulgadas en cada circular, dejando constancia en registros de asistencia.
- En caso de requerirse, gestionar ante los organismos competentes la autorización para circular por las diferentes vías del área de cobertura de la empresa, garantizando que los vehículos estén exentos de medidas de restricción en movilidad asegurando de esta forma que los problemas de movilidad no afecten la prestación de los servicios

Tener presente que cada pico epidemiológico es específico y por lo tanto requiere una evaluación integral con el fin de adoptar las medidas adecuadas que permitan la contención y disminuyan la probabilidad de propagación.

Oxisalud S.A.S se acoge a las disposiciones establecidas por el Ministerio de Salud colombiano y se compromete a la consulta permanente de las fuentes avaladas a nivel internacional para asegurar que está informado y actualizado en las medidas vigentes.
El presente documento determina la activación o no del P-PRH-010 Protocolo de Bioseguridad COVID-19.

6.2. Acciones específicas

6.2.1 Acciones a tomar con personal que recientemente hayan llegado de algún país con incidencia de casos de la emergencia epidemiológica tratada:

- Oxisalud, en estos casos y de acuerdo al perfil de funciones del empleado evaluará la posibilidad de implementar medidas tales como el teletrabajo con el fin de minimizar la exposición del personal a focos de contaminación.
- Igualmente, para el personal cuyas funciones requieran de su presencia en el lugar de trabajo, se evaluará la posibilidad de establecer modificaciones en turnos laborales que permitan el normal desarrollo de las actividades, así como minimizar las afectaciones en la salud del trabajador.

6.2.2 Acciones a tomar con el personal que permanece en las oficinas y planta de producción:

- Realizar la divulgación a todo el personal sobre las acciones a implementar.
- Se intensifica el seguimiento al cumplimiento de la instrucción de lavado de manos de acuerdo a las recomendaciones de los organismos de salud.
  Anexo 1 "Protocolo de lavado de manos" perteneciente al procedimiento P-PCA-005 "Procedimiento saneamiento e higiene".

COPIA CONTROLADA

- Se dispone de gel antibacterial en las oficinas y planta de producción, la recomendación para su uso es: aplicar 1 a 2 ml de Gel en la palma de las manos y espacios interdigitales durante 30 segundos, hasta que seque. Hacer uso de este a necesidad.
  En caso de ser necesario, se extenderá esta condición como recomendación al personal visitante o clientes que ingresen a las instalaciones de la empresa.
- El Equipo Técnico designado deberá evaluar la situación y determinar la necesidad de implementar acciones que involucren la suspensión y reprogramación de viajes en su personal y de someter a cuarentena a quienes regresen de lugares con casos reportados de contagios.

6.2.3 Acciones a tomar con el personal de distribución (conductores y auxiliares):

- Se hace seguimiento al uso de EPP tales como gafas, tapabocas y guantes, los cuales deberán usar siempre que ingresen a un domicilio a llevar o recoger un equipo y/o cilindro de Oxigeno Medicinal.
- Se prohíbe al personal recibir cualquier tipo de bebida o alimento en los domicilios.
- Se dotará a cada empleado de un kit de sanitización el cual contendrá entre otros, gel antibacterial, Será divulgado el instructivo recomendado de acuerdo a la OMS para la sanitización de manos utilizando alcohol glicerinado.
- En cada carro se dispondrá de una copia controlada del Anexo 1 "Protocolo de lavado de manos" perteneciente al procedimiento P-PCA-005 "Procedimiento saneamiento e higiene" y de un dispensador de agua.

6.2.4 Acciones a tomar para el cuidado de clientes y visitantes que transitan por las instalaciones:

- Se asegura la realización de limpieza y sanitización de áreas según procedimiento P-PCA-005 "Procedimiento saneamiento e higiene"
- En el punto de atención de la Oficina Principal (sede Unicentro) se dispondrá de Gel antibacterial y en la pantalla LED se proyectará información sobre las medidas de autocuidado que se deben tomar con respecto a la urgencia epidemiológica.
- En el punto de atención de la Planta (sede trinidad) se dispondrá de Gel antibacterial y en la pantalla LED se proyectará información sobre las medidas de autocuidado que se deben tomar con respecto a la urgencia epidemiológica.

6.2.5 Acciones a tomar en las instalaciones (oficinas y planta de producción):

- El personal de oficios generales realizará la limpieza según el procedimiento P-PCA-005 "Procedimiento saneamiento e higiene".
  En caso de ser necesario se evalúa e implementa e uso de los EPP adicionales que se puedan requerir de acuerdo a la Emergencia Epidemiológica.
- Se delega la responsabilidad de la disponibilidad de los agentes sanitizantes requeridos al Subgerente. El personal de Servicios Generales diariamente dará un reporte de las cantidades

COPIA CONTROLADA

de dichos agentes al Líder de Gestión Humana y SST con el fin de que no se agoten los recursos para el saneamiento y sanitización.

6.2.6 Acciones a tomar sobre los envases (cilindros) y equipos:

De acuerdo al tipo de emergencia epidemiológica y teniendo en cuenta las recomendaciones de las autoridades sanitarias nacionales e internacionales se definen los protocolos adicionales que sean requeridos (para la intensificación de las medidas de sanitización) y los mismos serán informados mediante comunicados internos y externos en caso de ser requeridos.

6.3. Abastecimiento de recursos

El Equipo Técnico designado durante la evaluación de Riesgos deberá identificar la necesidad de insumos y recursos requeridos para dotar la infraestructura y al personal durante la fase prevista de acción.

Estos insumos deben ser comunicados al Subgerente quien es designado ante este tipo de eventos como el responsable de gestionar la compra de las cantidades recomendadas de cada insumo.

El Equipo Técnico tiene la responsabilidad de realizar seguimiento semanal (viernes) al stock de insumos disponible en las sedes de la empresa con el fin de reportar el abastecimiento y/o posible de desabastecimiento de los mismos.

Los miembros del Equipo Técnico mediante vigilancia diaria a las fuentes de información tienen la responsabilidad de alertar ante el posible desabastecimiento de insumos en el país. En caso que estos insumos hagan parte del listado de recursos requeridos para el normal funcionamiento de la empresa y operación durante la emergencia Epidemiológica se reunirá de forma extraordinaria para plantear el sustituto y asegurar su compra y disponibilidad.

6.4. Referencias

Las fuentes de Información y consulta para el desarrollo de este procedimiento son OMS, OPS, Secretarias de Salud, Alcaldía, Gobernación, Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo, Presidencia de la Republica, entre otros.

7. FORMATOS

P-PRH-009-F1 Medición de Temperatura Corporal.

COPIA CONTROLADA

8. RECURSOS

La empresa en cabeza del gerente pone a disposición los recursos necesarios para las diferentes actividades que conste de:

Infraestructura
Ambiente de trabajo
Recursos humanos (personal suficiente y capacitado)
Equipos
Elementos de Protección Personal
Implementos de Oficina
Vehículos
Insumos de sanitización

9. ANEXOS

No aplica.

10. IDENTIFICACIÓN DE CAMBIOS

VERSIÓN No	NATURALEZA DEL CAMBIO	FECHA
01	Creación del procedimiento	12/03/20
02	Se actualiza imagen corporativa – Nuevo logo OXISALUD SAS Se actualizan los cargos de los que integrarían en determinado caso el equipo técnico. Se ajusta estructura documental según plantilla.	02/05/24

ELABORÓ	REVISO	APROBO
Cargo: Líder de Gestion Humana y SST CCM **Fecha:** 02/05/24	**Cargo:** Jefe de Control de Calidad D.S.C **Fecha:** 02/05/24	**Cargo:** Dirección Técnica y aseguramiento de la Calidad VCG **Fecha:** 03/05/24

COPIA CONTROLADA

ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACION

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

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES-EQUIPOS MÉDICOS

No. 131439467

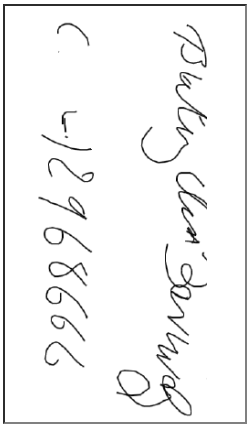
Por una parte, OXISALUD S.A.S, sociedad comercial domiciliada en Medellín, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará EL PROPIETARIO y, por la otra, BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA identificad@ con cedula de ciudadanía 42968866 con domicilio en EL SALVADOR-ORIENTE 2 que en adelante se denominará EL PACIENTE y, finalmente, BEATRIZ BERMUDEZ identificada con cédula de ciudadanía 42968866 ,con domicilio en MEDELLIN ,que en adelante se denominará EL CODEUDOR, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante EQUIPOS MÉDICOS, que se regirá por las siguientes cláusulas:

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

NOMBRE EQUIPO	COD BARRAS	NOMBRE EQUIPO	COD BARRAS
CILINDRO	24160	GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO	21919
REGULADOR VOLANTE	20692		

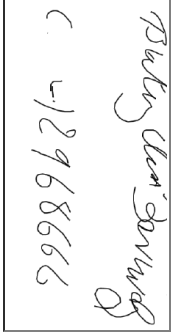
PARAGRAFO PRIMERO.EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud a la cual estoy adscrito()o por servicio particular ().Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE se compromete con EL PROPIETARIO a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO-CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. EI PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. PARAGRAFO PRIMERO. Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigió por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL, PROPIETARIO (OXISALUD).PARAGRAFO SEGUNDO. Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. PARAGRAFO TERCERO.EI PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. TERCERA. Plazo. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S)

MÉDICO(S) descritos anteriormente. CUARTO. Terminación. El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), ii incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. PARAGRAFO. Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. QUINTO. Obligaciones. Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: POR PARTE DEL PACIENTE.1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el(los)EQUIPO(S)MÉDICO(S).5)Suscribir todos los documentos quesean necesarios para que se pueda prestar el servicio.6) Pagar oportunamente el COPAGO-CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento.7) Restituir el(los)EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron.8)Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S).9)Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del(los)EQUIPO(S)MÉDICO(S).POR PARTE DEL PROPIETARIO 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos. EI PACIENTE acepta que conoce las politicas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el pais, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008,de toda la Información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. SÉPTIMA. Mérito ejecutivo. Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérto ejecutivo, teniendo en cuenta que son claras expresas y exigibles. OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones. Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. NOVENA. Codeudor. Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el CODEUDOR se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de EL PROPIETARIO, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal: Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65-46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: Carrera 35 A No. 35 56 CASA 1 PISO. URB QUITAS DEL SALVADOR, Correo electrónico: mailto:egore@sena.edu.co CODEUDOR: BEATRIZ BERMUDEZ En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los 2026/04/13

POR PARTE DEL PROPIETARIO	POR PARTE DEL PACIENTE	FIRMA
OXISALUD S.A.S. NIT. 811.013.645-9	NOMBRE: BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA C.C. 42968866	

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

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

DEUDOR	Firma	CODEUDOR
NOMBRE: C.C.		NOMBRE: C.C.

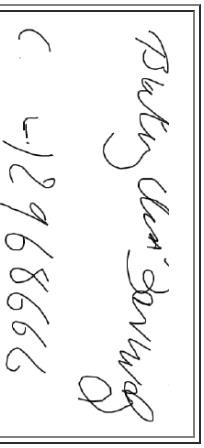
CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S

Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e inevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de DEUDOR Y CODEUDOR del acuerdo de pagos sobre bienes muebles- equipos sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los 2026/04/13.

DEUDOR	CODEUDOR	
NOMBRE: BEATRIZ ELENA BERMUDEZ TABORDA C.C. 42968866	NOMBRE: BEATRIZ BERMUDEZ C.C. 42968866	Firma

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

Orden No.: 131439467
-669
Visita: -VT-819
Fecha: 13-04-2026 12:24
Conductor: WILSON RIVERA

Paciente	**BEATRIZ BERMUDEZ (CC: 42968866)**		
Dirección	Carrera 35 A No. 35 56 CASA 1 PISO. URB QUITAS DEL SALVADOR **Barrio:** EL SALVADOR | **Zona:** ORIENTE 2 | **Ciudad:** MEDELLIN		
Entidad	SENA	**Teléfono**	6045057239 | Cel: 3006175311
Consumo	2,0 l/min, 24 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA INICIAL - SUMINISTRO GENERADOR - CILINDRO DE RESPALDO
Solicitante	BEATRIZ BERMUDEZ	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 3006175311
Categoría	Exonerado	**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
REGULADOR VOLANTE ADULTO - 20692	1
GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO - 21919	1
CILINDRO 6.0 - 24160	1
CANULA 2 MTS - RESCAN001	1
FRASCO HUMIDIFICADOR - RESFRA001	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Firma Paciente/Cliente



Recibió:
BEATRIZ BERMUDEZ
CC: 42968866

Fecha y Hora de Entrega:
13-04-2026 12:24

Nombre y Cédula

ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACION

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

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES-EQUIPOS MÉDICOS

No. 131441998

Por una parte, OXISALUD S.A.S, sociedad comercial domiciliada en Medellín, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará EL PROPIETARIO y, por la otra, BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA identificad@ con cedula de ciudadanía 21822509 con domicilio en CORDOBA-NORTE 2 que en adelante se denominará EL PACIENTE y, finalmente, BERTA GALLEGO identificada con cédula de ciudadanía 21822509 ,con domicilio en MEDELLIN ,que en adelante se denominará EL CODEUDOR, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante EQUIPOS MÉDICOS, que se regirá por las siguientes cláusulas:

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

NOMBRE EQUIPO	COD BARRAS	NOMBRE EQUIPO	COD BARRAS
CARRO PORTATIL	5890	CILINDRO PORTATIL	15386
GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO	28903	REGULADOR YUGO	10541

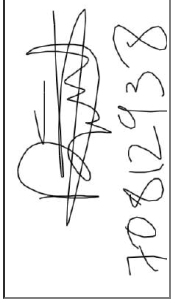
PARAGRAFO PRIMERO.EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud a la cual estoy adscrito()o por servicio particular ().Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE se compromete con EL PROPIETARIO a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO-CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. EI PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. PARAGRAFO PRIMERO. Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigió por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL, PROPIETARIO (OXISALUD).PARAGRAFO SEGUNDO. Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. PARAGRAFO TERCERO.EI PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. TERCERA. Plazo. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. CUARTO. Terminación. El presente acuerdo se terminará de manera

inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), ii incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. PARAGRAFO. Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. QUINTO. Obligaciones. Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: POR PARTE DEL PACIENTE.1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el(los)EQUIPO(S)MÉDICO(S).5)Suscribir todos los documentos quesean necesarios para que se pueda prestar el servicio.6) Pagar oportunamente el COPAGO-CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento.7) Restituir el(los)EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron.8)Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S).9)Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del(los)EQUIPO(S)MÉDICO(S).POR PARTE DEL PROPIETARIO 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos. EI PACIENTE acepta que conoce las politicas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el pais, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008,de toda la Información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. SÉPTIMA. Mérito ejecutivo. Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérto ejecutivo, teniendo en cuenta que son claras expresas y exigibles. OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones. Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. NOVENA. Codeudor. Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el CODEUDOR se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de EL PROPIETARIO, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal: Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65-46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: Carrera 5 No. 7 10 JARDIN ANTIOQUIA - DOS CUANDRAS ANTES PARQUE PRINCIPAL, Correo electrónico: rdcorrea524@hotmail.com CODEUDOR: BERTA GALLEGO En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los 2026/04/23

POR PARTE DEL PROPIETARIO	POR PARTE DEL PACIENTE	FIRMA
OXISALUD S.A.S. NIT. 811.013.645-9	NOMBRE: BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA C.C. 21822509	

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

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

DEUDOR	Firma	CODEUDOR
NOMBRE: C.C.		NOMBRE: C.C.

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín
Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e inevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de DEUDOR Y CODEUDOR del acuerdo de pagos sobre bienes muebles- equipos sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los 2026/04/23.

DEUDOR	CODEUDOR	 Firma
NOMBRE: BERTA OLIVIA GALLEGO NOREÑA C.C. 21822509	NOMBRE: BERTA GALLEGO C.C. 21822509	

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

Orden No.: 131441998
-695
Visita: -VT-833
Fecha: 23-04-2026 09:41
Conductor: OSCAR RODRIGUEZ

Paciente	**BERTA GALLEGO (CC: 21822509)**		
Dirección	Carrera 5 No. 7 10 JARDIN ANTIOQUIA - DOS CUANDRAS ANTES PARQUE PRINCIPAL **Barrio:** CORDOBA | **Zona:** NORTE 2 | **Ciudad:** MEDELLIN		
Entidad	SENA	**Teléfono**	3146188596 | Cel: 3194396780
Consumo	3 l/min, 24 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA EN CLINICA - SUMINISTRO GENERADOR - PORTATIL ALTA
Solicitante	BERTA GALLEGO	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 3194396780
Categoría	Exonerado	**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
REGULADOR YUGO PEDIATRICO - 10541	1
CARRO PORTATIL - 5890	1
CILINDRO TIPO E 0.682 m3 - 15386	1
GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO - 28903	1
CANULA 2 MTS - RESCAN001	1
FRASCO HUMIDIFICADOR - RESFRA001	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Firma Paciente/Cliente



Recibió:
BERTA GALLEGO
CC: 21822509

Fecha y Hora de Entrega:
23-04-2026 09:41

Nombre y Cédula

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

ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACION

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES-EQUIPOS MÉDICOS

No. 131440065

Por una parte, OXISALUD S.A.S, sociedad comercial domiciliada en Medellín, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará EL PROPIETARIO y, por la otra, CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO identificad@ con cedula de ciudadanía 610703 con domicilio en LAS GRANJAS-NORTE 1 que en adelante se denominará EL PACIENTE y, finalmente, CARLOS SIERRA identificada con cédula de ciudadanía 610703 ,con domicilio en BELLO ,que en adelante se denominará EL CODEUDOR, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante EQUIPOS MÉDICOS, que se regirá por las siguientes cláusulas:

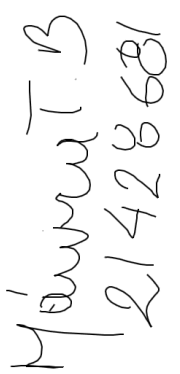
PRIMERA. Objeto. EL PROPIETARIO entrega al PACIENTE el uso y goce del(los) EQUIPO(S) MEDICO(S) descritos a continuacón:

NOMBRE EQUIPO	COD BARRAS	NOMBRE EQUIPO	COD BARRAS
CILINDRO	26858	GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO	23474
REGULADOR VOLANTE	18880		

PARAGRAFO PRIMERO.EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud a la cual estoy adscrito()o por servicio particular ().Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE se compromete con EL PROPIETARIO a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO-CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. EI PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. PARAGRAFO PRIMERO. Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigió por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL, PROPIETARIO (OXISALUD).PARAGRAFO SEGUNDO. Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. PARAGRAFO TERCERO.EI PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. TERCERA. Plazo. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. CUARTO. Terminación. El presente acuerdo se terminará de manera

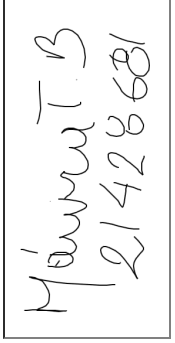
inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), ii incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. PARAGRAFO. Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. QUINTO. Obligaciones. Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: POR PARTE DEL PACIENTE.1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el(los)EQUIPO(S)MÉDICO(S).5)Suscribir todos los documentos quesean necesarios para que se pueda prestar el servicio.6) Pagar oportunamente el COPAGO-CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento.7) Restituir el(los)EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron.8)Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S).9)Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del(los)EQUIPO(S)MÉDICO(S).POR PARTE DEL PROPIETARIO 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos. EI PACIENTE acepta que conoce las politicas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el pais, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008,de toda la Información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. SÉPTIMA. Mérito ejecutivo. Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérto ejecutivo, teniendo en cuenta que son claras expresas y exigibles. OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones. Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. NOVENA. Codeudor. Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el CODEUDOR se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de EL PROPIETARIO, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal: Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65-46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: Carrera 49 No. 55 90 PISO 2, Correo electrónico: rdsierra@sena.edu.co CODEUDOR: CARLOS SIERRA En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los 2026/04/15

POR PARTE DEL PROPIETARIO	POR PARTE DEL PACIENTE	FIRMA

OXISALUD S.A.S. NIT. 811.013.645-9	NOMBRE: CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO C.C. 610703	

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

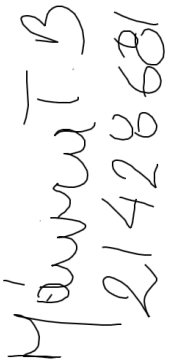
NOSOTROS,_____ (Deudor y codeudor), mayores de edad, identificado(a)s como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos, lo siguiente: PRIMERO: Que debo y pagaré, incondicional y solidariamente a la orden de la sociedad comercial OXISALUD S.A.S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

DEUDOR	Firma 	CODEUDOR
NOMBRE: C.C.		NOMBRE: C.C.

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín
Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré
NOSOTROS, mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e inevocable para

que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de DEUDOR Y CODEUDOR del acuerdo de pagos sobre bienes muebles- equipos sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los 2026/04/15.

DEUDOR	CODEUDOR	
NOMBRE: CARLOS ARTURO SIERRA RENGIFO C.C. 610703	NOMBRE: CARLOS SIERRA C.C. 610703	 Firma

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

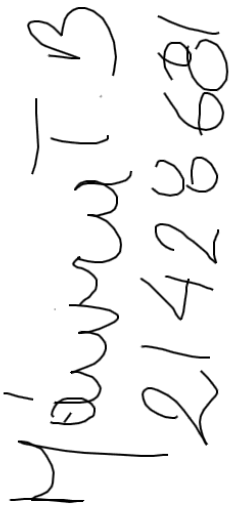
Orden No.: 131440065
-683
Visita: -VT-826
Fecha: 15-04-2026 16:15
Conductor: RONALDO GUTIERREZ

Paciente	**CARLOS SIERRA (CC: 610703)**		
Dirección	Carrera 49 No. 55 90 PISO 2 **Barrio:** LAS GRANJAS | **Zona:** NORTE 1 | **Ciudad:** BELLO		
Entidad	SENA	**Teléfono**	3017611602 | Cel: 3116952746
Consumo	3,0 l/min, 24 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA INICIAL - SUMINISTRO GENERADOR - CILINDRO DE RESPALDO
Solicitante	CARLOS SIERRA	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 3116952746
Categoría	Exonerado	**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO - 23474	1
REGULADOR VOLANTE ADULTO - 18880	1
CILINDRO 6.0 - 26858	1
CANULA 2 MTS - RESCAN001	1
FRASCO HUMIDIFICADOR - RESFRA001	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Firma Paciente/Cliente



Recibió:
CARLOS SIERRA
CC: 610703

Fecha y Hora de Entrega:
15-04-2026 16:15

Nombre y Cédula

ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACION

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

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES-EQUIPOS MÉDICOS

No. 131439456

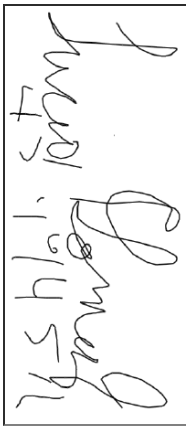
Por una parte, OXISALUD S.A.S, sociedad comercial domiciliada en Medellín, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará EL PROPIETARIO y, por la otra, ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ identificad@ con cedula de ciudadanía 32460218 con domicilio en LAURELES-OCCIDENTE 1 que en adelante se denominará EL PACIENTE y, finalmente, ESTHER OSSA identificada con cédula de ciudadanía 32460218 ,con domicilio en MEDELLIN ,que en adelante se denominará EL CODEUDOR, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante EQUIPOS MÉDICOS, que se regirá por las siguientes cláusulas:

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

NOMBRE EQUIPO	COD BARRAS	NOMBRE EQUIPO	COD BARRAS
CILINDRO	11460	GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO	13790
REGULADOR VOLANTE PEDIATRICO	15768		

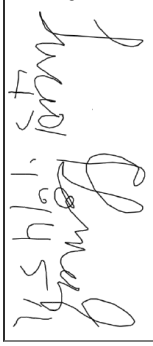
PARAGRAFO PRIMERO.EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud a la cual estoy adscrito()o por servicio particular ().Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE se compromete con EL PROPIETARIO a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO-CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. EI PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. PARAGRAFO PRIMERO. Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigió por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL, PROPIETARIO (OXISALUD).PARAGRAFO SEGUNDO. Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. PARAGRAFO TERCERO.EI PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. TERCERA. Plazo. La

vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. CUARTO. Terminación. El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), ii incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. PARAGRAFO. Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. QUINTO. Obligaciones. Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: POR PARTE DEL PACIENTE.1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el(los)EQUIPO(S)MÉDICO(S).5)Suscribir todos los documentos quesean necesarios para que se pueda prestar el servicio.6) Pagar oportunamente el COPAGO-CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento.7) Restituir el(los)EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron.8)Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S).9)Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del(los)EQUIPO(S)MÉDICO(S).POR PARTE DEL PROPIETARIO 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos. EI PACIENTE acepta que conoce las politicas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el pais, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008,de toda la Información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. SÉPTIMA. Mérito ejecutivo. Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérto ejecutivo, teniendo en cuenta que son claras expresas y exigibles. OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones. Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. NOVENA. Codeudor. Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el CODEUDOR se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de EL PROPIETARIO, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal: Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65-46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: Calle 38 A No. 80 53 BLOQUE 5 APT 618 UNIDAD JARDIN DE LOS LAURELES, Correo electrónico: estylau@hotmail.com CODEUDOR: ESTHER OSSA En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los 2026/04/13

POR PARTE DEL PROPIETARIO	POR PARTE DEL PACIENTE	FIRMA
OXISALUD S.A.S. NIT. 811.013.645-9	NOMBRE: ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ C.C. 32460218	

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

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

DEUDOR	Firma	CODEUDOR
NOMBRE: C.C.		NOMBRE: C.C.

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S

Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e inevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de DEUDOR Y CODEUDOR del acuerdo de pagos sobre bienes muebles- equipos sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los 2026/04/13.

DEUDOR	CODEUDOR	
NOMBRE: ESTHER SOFIA OSSA DE GOMEZ C.C. 32460218	NOMBRE: ESTHER OSSA C.C. 32460218	Firma

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

Orden No.: 131439456
-668
Visita: -VT-818
Fecha: 13-04-2026 15:13
Conductor: EDWIN CANAS

Paciente	**ESTHER OSSA (CC: 32460218)**		
Dirección	Calle 38 A No. 80 53 BLOQUE 5 APT 618 UNIDAD JARDIN DE LOS LAURELES **Barrio:** LAURELES | **Zona:** OCCIDENTE 1 | **Ciudad:** MEDELLIN		
Entidad	SENA	**Teléfono**	3007799002 | Cel: 3116339944
Consumo	2,0 l/min, 24 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA INICIAL - SUMINISTRO GENERADOR - CILINDRO DE RESPALDO
Solicitante	ESTHER OSSA	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 3007799002
Categoría	Exonerado	**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO - 13790	1
REGULADOR VOLANTE PEDIATRICO - 15768	1
CILINDRO 6.0 - 11460	1
CANULA 2 MTS - RESCAN001	1
FRASCO HUMIDIFICADOR - RESFRA001	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Firma Paciente/Cliente



Recibió:
ESTHER OSSA
CC: 32460218

Fecha y Hora de Entrega:
13-04-2026 15:13

Nombre y Cédula

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

ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACION

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES-EQUIPOS MÉDICOS

No. 131439472

Por una parte, OXISALUD S.A.S, sociedad comercial domiciliada en Medellín, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará EL PROPIETARIO y, por la otra, JOSEFINA CLAVIJO DE BARRAGAN identificad@ con cedula de ciudadanía 26523078 con domicilio en EL POBLADO-SUR 1 que en adelante se denominará EL PACIENTE y, finalmente, JOSEFINA CLAVIJO identificada con cédula de ciudadanía 26523078 ,con domicilio en MEDELLIN ,que en adelante se denominará EL CODEUDOR, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante EQUIPOS MÉDICOS, que se regirá por las siguientes cláusulas:

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

NOMBRE EQUIPO	COD BARRAS	NOMBRE EQUIPO	COD BARRAS
GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO	11026		

PARAGRAFO PRIMERO.EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud a la cual estoy adscrito()o por servicio particular ().Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE se compromete con EL PROPIETARIO a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO-CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. EI PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. PARAGRAFO PRIMERO. Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigió por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL, PROPIETARIO (OXISALUD).PARAGRAFO SEGUNDO. Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. PARAGRAFO TERCERO.EI PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. TERCERA. Plazo. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. CUARTO. Terminación. El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), ii incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de

estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. PARAGRAFO. Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. QUINTO. Obligaciones. Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: POR PARTE DEL PACIENTE.1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el(los)EQUIPO(S)MÉDICO(S).5)Suscribir todos los documentos quesean necesarios para que se pueda prestar el servicio.6) Pagar oportunamente el COPAGO-CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento.7) Restituir el(los)EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron.8)Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S).9)Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del(los)EQUIPO(S)MÉDICO(S).POR PARTE DEL PROPIETARIO 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos. EI PACIENTE acepta que conoce las politicas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el pais, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008,de toda la Información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. SÉPTIMA. Mérito ejecutivo. Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérto ejecutivo, teniendo en cuenta que son claras expresas y exigibles. OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones. Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. NOVENA. Codeudor. Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el CODEUDOR se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de EL PROPIETARIO, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal: Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65-46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: Carrera 36 A No. 12 A 21 APTO 701 edf alto velo, Correo electrónico: napobarragan@gmail.com CODEUDOR: JOSEFINA CLAVIJO En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los 2026/04/13

POR PARTE DEL PROPIETARIO	POR PARTE DEL PACIENTE	FIRMA

OXISALUD S.A.S. NIT. 811.013.645-9	NOMBRE: JOSEFINA CLAVIJO DE BARRAGAN C.C. 26523078	

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

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

DEUDOR	Firma 	CODEUDOR
NOMBRE: C.C.		NOMBRE: C.C.

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín
Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré
NOSOTROS, mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e inevocable para

que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de DEUDOR Y CODEUDOR del acuerdo de pagos sobre bienes muebles- equipos sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los 2026/04/13.

DEUDOR	CODEUDOR	
NOMBRE: JOSEFINA CLAVIJO DE BARRAGAN C.C. 26523078	NOMBRE: JOSEFINA CLAVIJO C.C. 26523078	Firma

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

Orden No.: 131439472
-670
Visita: -VT-820
Fecha: 13-04-2026 16:59
Conductor: DUVIAN VALLEJO

Paciente	**JOSEFINA CLAVIJO (CC: 26523078)**		
Dirección	Carrera 36 A No. 12 A 21 APTO 701 edf alto velo **Barrio:** EL POBLADO | **Zona:** SUR 1 | **Ciudad:** MEDELLIN		
Entidad	SENA	**Teléfono**	3202842329 | Cel: 3228887561
Consumo	3 l/min, 15 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA INICIAL - SUMINISTRO GENERADOR - CILINDRO DE RESPALDO
Solicitante	JOSEFINA CLAVIJO	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 3228887561
Categoría	SIN DATOS	**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO - 11026	1
CANULA 2 MTS - RESCAN001	1
FRASCO HUMIDIFICADOR - RESFRA001	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Firma Paciente/Cliente



Recibió:
JOSEFINA CLAVIJO
CC: 26523078

Fecha y Hora de Entrega:
13-04-2026 16:59

Nombre y Cédula

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

ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACION

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES-EQUIPOS MÉDICOS

No. 131427087

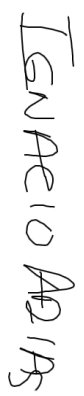
Por una parte, OXISALUD S.A.S, sociedad comercial domiciliada en Medellín, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará EL PROPIETARIO y, por la otra, LUZ ESTELLA GIL PEÑA identificad@ con cedula de ciudadanía 32467499 con domicilio en CORDOBA-NORTE 2 que en adelante se denominará EL PACIENTE y, finalmente, LUZ GIL identificada con cédula de ciudadanía 32467499 ,con domicilio en ENVIGADO ,que en adelante se denominará EL CODEUDOR, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante EQUIPOS MÉDICOS, que se regirá por las siguientes cláusulas:

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

NOMBRE EQUIPO	COD BARRAS	NOMBRE EQUIPO	COD BARRAS
CILINDRO PORTATIL	23402	GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO	12318
REGULADOR YUGO	13385		

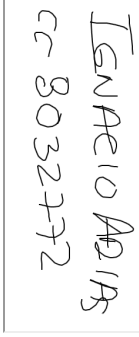
PARAGRAFO PRIMERO.EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud a la cual estoy adscrito()o por servicio particular ().Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE se compromete con EL PROPIETARIO a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO-CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. EI PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. PARAGRAFO PRIMERO. Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigió por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL, PROPIETARIO (OXISALUD).PARAGRAFO SEGUNDO. Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. PARAGRAFO TERCERO.EI PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. TERCERA. Plazo. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. CUARTO. Terminación. El presente acuerdo se terminará de manera

inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), ii incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. PARAGRAFO. Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. QUINTO. Obligaciones. Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: POR PARTE DEL PACIENTE.1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el(los)EQUIPO(S)MÉDICO(S).5)Suscribir todos los documentos quesean necesarios para que se pueda prestar el servicio.6) Pagar oportunamente el COPAGO-CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento.7) Restituir el(los)EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron.8)Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S).9)Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del(los)EQUIPO(S)MÉDICO(S).POR PARTE DEL PROPIETARIO 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos. EI PACIENTE acepta que conoce las politicas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el pais, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008,de toda la Información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. SÉPTIMA. Mérito ejecutivo. Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérto ejecutivo, teniendo en cuenta que son claras expresas y exigibles. OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones. Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. NOVENA. Codeudor. Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el CODEUDOR se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de EL PROPIETARIO, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal: Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65-46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: Calle 48 B Sur No. 39 B 70 EDIFICIO EL TRIANON APTO 301, Correo electrónico: catasangil@gmail.com CODEUDOR: LUZ GIL En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los 2026/02/23

POR PARTE DEL PROPIETARIO	POR PARTE DEL PACIENTE	FIRMA
OXISALUD S.A.S. NIT. 811.013.645-9	NOMBRE: LUZ ESTELLA GIL PEÑA C.C. 32467499	

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

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

DEUDOR	Firma	CODEUDOR
NOMBRE: C.C.		NOMBRE: C.C.

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín
Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e inevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de DEUDOR Y CODEUDOR del acuerdo de pagos sobre bienes muebles- equipos sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los 2026/02/23.

DEUDOR	CODEUDOR	 Firma
NOMBRE: LUZ ESTELLA GIL PEÑA C.C. 32467499	NOMBRE: LUZ GIL C.C. 32467499	

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

Orden No.: 131427087
OXI-58769
Visita: OXI-VT-59282
Fecha: 23-02-2026 14:36
Conductor: OSCAR RODRIGUEZ

Paciente	**LUZ GIL (CC: 32467499)**		
Dirección	Calle 48 B Sur No. 39 B 70 EDIFICIO EL TRIANON APTO 301 **Barrio:** CORDOBA | **Zona:** NORTE 2 | **Ciudad:** ENVIGADO		
Entidad	SENA	**Teléfono**	3118005489 | Cel: 3053562914
Consumo	3,0 l/min, 24 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA EN CLINICA - SUMINISTRO GENERADOR - PORTATIL ALTA
Solicitante	LUZ GIL	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 3053562914
Categoría		**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO - 12318	1
REGULADOR YUGO ADULTO - 13385	1
CILINDRO TIPO E 0.682 m3 - 23402	1
CANULA 2 MTS - RESCAN001	1
FRASCO HUMIDIFICADOR - RESFRA001	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Firma Paciente/Cliente



Recibió:
LUZ GIL
CC: 32467499

Fecha y Hora de Entrega:
23-02-2026 14:36

Nombre y Cédula

OK

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

ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACION

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES-EQUIPOS MÉDICOS

No. 131442132

Por una parte, OXISALUD S.A.S, sociedad comercial domiciliada en Medellín, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará EL PROPIETARIO y, por la otra, LUZ MILA HENAO DE CARDONA identificad@ con cedula de ciudadanía 21352568 con domicilio en ROBLEDO-NORTE 2 que en adelante se denominará EL PACIENTE y, finalmente, LUZ HENAO identificada con cédula de ciudadanía 21352568 ,con domicilio en MEDELLIN ,que en adelante se denominará EL CODEUDOR, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante EQUIPOS MÉDICOS, que se regirá por las siguientes cláusulas:

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

NOMBRE EQUIPO	COD BARRAS	NOMBRE EQUIPO	COD BARRAS
CILINDRO	18385	GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO	26425
REGULADOR	3457		

PARAGRAFO PRIMERO.EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud a la cual estoy adscrito()o por servicio particular ().Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE se compromete con EL PROPIETARIO a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO-CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. EI PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. PARAGRAFO PRIMERO. Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigió por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL, PROPIETARIO (OXISALUD).PARAGRAFO SEGUNDO. Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. PARAGRAFO TERCERO.EI PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. TERCERA. Plazo. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. CUARTO. Terminación. El presente acuerdo se terminará de manera

inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), ii incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. PARAGRAFO. Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. QUINTO. Obligaciones. Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: POR PARTE DEL PACIENTE.1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el(los)EQUIPO(S)MÉDICO(S).5)Suscribir todos los documentos quesean necesarios para que se pueda prestar el servicio.6) Pagar oportunamente el COPAGO-CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento.7) Restituir el(los)EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron.8)Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S).9)Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del(los)EQUIPO(S)MÉDICO(S).POR PARTE DEL PROPIETARIO 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos. EI PACIENTE acepta que conoce las politicas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el pais, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008,de toda la Información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. SÉPTIMA. Mérito ejecutivo. Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérto ejecutivo, teniendo en cuenta que son claras expresas y exigibles. OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones. Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. NOVENA. Codeudor. Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el CODEUDOR se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de EL PROPIETARIO, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal: Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65-46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: Carrera 77 No. 73 42 UNIDAD JORGE ROBLEDO BLOQUE 5 APTO 202, Correo electrónico: FCARDONAH25@GMAIL.COM CODEUDOR: LUZ HENAO En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los 2026/04/23

POR PARTE DEL PROPIETARIO	POR PARTE DEL PACIENTE	FIRMA
OXISALUD S.A.S. NIT. 811.013.645-9	NOMBRE: LUZ MILA HENAO DE CARDONA C.C. 21352568	

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

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

DEUDOR	Firma	CODEUDOR
NOMBRE: C.C.		NOMBRE: C.C.

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín
Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e inevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de DEUDOR Y CODEUDOR del acuerdo de pagos sobre bienes muebles- equipos sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los 2026/04/23.

DEUDOR	CODEUDOR	
NOMBRE: LUZ MILA HENAO DE CARDONA C.C. 21352568	NOMBRE: LUZ HENAO C.C. 21352568	Firma

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

Orden No.: 131442132
-700
Visita: -VT-837
Fecha: 23-04-2026 12:40
Conductor: MICHAEL VELASQUEZ

Paciente	**LUZ HENAO (CC: 21352568)**		
Dirección	Carrera 77 No. 73 42 UNIDAD JORGE ROBLEDO BLOQUE 5 APTO 202 **Barrio:** ROBLEDO | **Zona:** NORTE 2 | **Ciudad:** MEDELLIN		
Entidad	SENA	**Teléfono**	3137482895 | Cel: 3148889488
Consumo	0 l/min, 24 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA INICIAL - SUMINISTRO GENERADOR - CILINDRO DE RESPALDO
Solicitante	LUZ HENAO	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 3148889488
Categoría	Exonerado	**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
CILINDRO 6.0 - 18385	1
GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO - 26425	1
REGULADOR - 3457	1
CANULA 2 MTS - RESCAN001	1
FRASCO HUMIDIFICADOR - RESFRA001	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Firma Paciente/Cliente



Recibió:
LUZ HENAO
CC: 21352568

Fecha y Hora de Entrega:
23-04-2026 12:40

Nombre y Cédula

ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACION

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

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES-EQUIPOS MÉDICOS

No. 131439423

Por una parte, OXISALUD S.A.S, sociedad comercial domiciliada en Medellín, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará EL PROPIETARIO y, por la otra, MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO identificad@ con cedula de ciudadanía 21362649 con domicilio en BUENOS AIRES-ORIENTE 2 que en adelante se denominará EL PACIENTE y, finalmente, MARIA ARCILA identificada con cédula de ciudadanía 21362649 ,con domicilio en MEDELLIN ,que en adelante se denominará EL CODEUDOR, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante EQUIPOS MÉDICOS, que se regirá por las siguientes cláusulas:

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

NOMBRE EQUIPO	COD BARRAS	NOMBRE EQUIPO	COD BARRAS
CILINDRO	8375	GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO	27035
REGULADOR VOLANTE	16341		

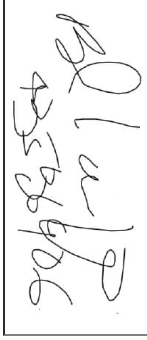
PARAGRAFO PRIMERO.EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud a la cual estoy adscrito()o por servicio particular ().Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE se compromete con EL PROPIETARIO a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO-CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. EI PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. PARAGRAFO PRIMERO. Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigió por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL, PROPIETARIO (OXISALUD).PARAGRAFO SEGUNDO. Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. PARAGRAFO TERCERO.EI PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. TERCERA. Plazo. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S)

MÉDICO(S) descritos anteriormente. CUARTO. Terminación. El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), ii incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. PARAGRAFO. Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. QUINTO. Obligaciones. Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: POR PARTE DEL PACIENTE.1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el(los)EQUIPO(S)MÉDICO(S).5)Suscribir todos los documentos quesean necesarios para que se pueda prestar el servicio.6) Pagar oportunamente el COPAGO-CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento.7) Restituir el(los)EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron.8)Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S).9)Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del(los)EQUIPO(S)MÉDICO(S).POR PARTE DEL PROPIETARIO 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos. EI PACIENTE acepta que conoce las politicas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el pais, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008,de toda la Información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. SÉPTIMA. Mérito ejecutivo. Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérto ejecutivo, teniendo en cuenta que son claras expresas y exigibles. OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones. Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. NOVENA. Codeudor. Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el CODEUDOR se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de EL PROPIETARIO, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal: Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65-46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: Calle 50 No. 15 A 08 CASA 1 PISO, Correo electrónico: papeleriafotocopiasmbao@gmail.com CODEUDOR: MARIA ARCILA En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los 2026/04/13

POR PARTE DEL PROPIETARIO	POR PARTE DEL PACIENTE	FIRMA
OXISALUD S.A.S. NIT. 811.013.645-9	NOMBRE: MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO C.C. 21362649	

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

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

DEUDOR	Firma	CODEUDOR
NOMBRE: C.C.		NOMBRE: C.C.

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S

Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e inevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de DEUDOR Y CODEUDOR del acuerdo de pagos sobre bienes muebles- equipos sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los 2026/04/13.

DEUDOR	CODEUDOR	
NOMBRE: MARIA BALMY ARCILA DE CLAVIJO C.C. 21362649	NOMBRE: MARIA ARCILA C.C. 21362649	Firma

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

Orden No.: 131439423
-663
Visita: -VT-815
Fecha: 13-04-2026 11:15
Conductor: WILSON RIVERA

Paciente	**MARIA ARCILA (CC: 21362649)**		
Dirección	Calle 50 No. 15 A 08 CASA 1 PISO **Barrio:** BUENOS AIRES | **Zona:** ORIENTE 2 | **Ciudad:** MEDELLIN		
Entidad	SENA	**Teléfono**	3217208906 | Cel: 3147821124
Consumo	3,0 l/min, 24 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA INICIAL - SUMINISTRO GENERADOR - CILINDRO DE RESPALDO
Solicitante	MARIA ARCILA	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 3147821124
Categoría	Exonerado	**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
REGULADOR VOLANTE PEDIATRICO - 16341	1
CILINDRO 6.0 - 8375	1
GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO - 27035	1
CANULA 2 MTS - RESCAN001	1
FRASCO HUMIDIFICADOR - RESFRA001	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Firma Paciente/Cliente



Recibió:
MARIA ARCILA
CC: 21362649

Fecha y Hora de Entrega:
13-04-2026 11:15

Nombre y Cédula

ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACION

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

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES-EQUIPOS MÉDICOS

No. 131441401

Por una parte, OXISALUD S.A.S, sociedad comercial domiciliada en Medellín, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará EL PROPIETARIO y, por la otra, MARIA LADY LOPEZ VANEGAS identificad@ con cedula de ciudadanía 21363624 con domicilio en GUAYABAL-OCCIDENTE 2 que en adelante se denominará EL PACIENTE y, finalmente, MARIA LOPEZ identificada con cédula de ciudadanía 21363624 ,con domicilio en MEDELLIN ,que en adelante se denominará EL CODEUDOR, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante EQUIPOS MÉDICOS, que se regirá por las siguientes cláusulas:

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

NOMBRE EQUIPO	COD BARRAS	NOMBRE EQUIPO	COD BARRAS
GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO	20547		

PARAGRAFO PRIMERO.EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud a la cual estoy adscrito()o por servicio particular ().Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE se compromete con EL PROPIETARIO a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO-CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. EI PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. PARAGRAFO PRIMERO. Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigió por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL, PROPIETARIO (OXISALUD).PARAGRAFO SEGUNDO. Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. PARAGRAFO TERCERO.EI PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. TERCERA. Plazo. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. CUARTO. Terminación. El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), ii incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de

estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. PARAGRAFO. Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. QUINTO. Obligaciones. Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: POR PARTE DEL PACIENTE.1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el(los)EQUIPO(S)MÉDICO(S).5)Suscribir todos los documentos quesean necesarios para que se pueda prestar el servicio.6) Pagar oportunamente el COPAGO-CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento.7) Restituir el(los)EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron.8)Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S).9)Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del(los)EQUIPO(S)MÉDICO(S).POR PARTE DEL PROPIETARIO 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos. EI PACIENTE acepta que conoce las politicas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el pais, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008,de toda la Información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. SÉPTIMA. Mérito ejecutivo. Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérto ejecutivo, teniendo en cuenta que son claras expresas y exigibles. OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones. Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. NOVENA. Codeudor. Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el CODEUDOR se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de EL PROPIETARIO, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal: Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65-46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: Calle 3 Sur No. 53 20 GUAYABAL 2 PISO CERCA AL PARQUE CRISTO REY, Correo electrónico: marylady655@yahoo.com CODEUDOR: MARIA LOPEZ En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los 2026/04/20

POR PARTE DEL PROPIETARIO	POR PARTE DEL PACIENTE	FIRMA

OXISALUD S.A.S. NIT. 811.013.645-9	NOMBRE: MARIA LADY LOPEZ VANEGAS C.C. 21363624	

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

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

DEUDOR	Firma 	CODEUDOR
NOMBRE: C.C.		NOMBRE: C.C.

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín
Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré
NOSOTROS, mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e inevocable para

que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de DEUDOR Y CODEUDOR del acuerdo de pagos sobre bienes muebles- equipos sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los 2026/04/20.

DEUDOR	CODEUDOR	
NOMBRE: MARIA LADY LOPEZ VANEGAS C.C. 21363624	NOMBRE: MARIA LOPEZ C.C. 21363624	 Firma

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

Orden No.: 131441401
-694
Visita: -VT-832
Fecha: 20-04-2026 19:06
Conductor: MANUEL PENA

Paciente	**MARIA LOPEZ (CC: 21363624)**		
Dirección	Calle 3 Sur No. 53 20 GUAYABAL 2 PISO CERCA AL PARQUE CRISTO REY **Barrio:** GUAYABAL | **Zona:** OCCIDENTE 2 | **Ciudad:** MEDELLIN		
Entidad	SENA	**Teléfono**	6042550310 | Cel: 3122969467
Consumo	2,0 l/min, 24 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA INICIAL - SUMINISTRO GENERADOR - CILINDRO DE RESPALDO
Solicitante	MARIA LOPEZ	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 3122969467
Categoría	Exonerado	**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO - 20547	1
CANULA 2 MTS - RESCAN001	1
FRASCO HUMIDIFICADOR - RESFRA001	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Firma Paciente/Cliente



Recibió:
MARIA LOPEZ
CC: 21363624

Fecha y Hora de Entrega:
20-04-2026 19:06

Nombre y Cédula

ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACION

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

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES-EQUIPOS MÉDICOS

No. 131439438

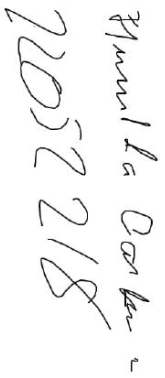
Por una parte, OXISALUD S.A.S, sociedad comercial domiciliada en Medellín, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará EL PROPIETARIO y, por la otra, MARIA LUCILA DUQUE DE CARDONA identificad@ con cedula de ciudadanía 22049359 con domicilio en SAN VICENTE-ORIENTE ANTIOQUEÑO que en adelante se denominará EL PACIENTE y, finalmente, MARIA DUQUE identificada con cédula de ciudadanía 22049359 ,con domicilio en SAN VICENTE DE FERRER ,que en adelante se denominará EL CODEUDOR, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante EQUIPOS MÉDICOS, que se regirá por las siguientes cláusulas:

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

NOMBRE EQUIPO	COD BARRAS	NOMBRE EQUIPO	COD BARRAS
CILINDRO	13888	GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO	3582
REGULADOR VOLANTE	4321		

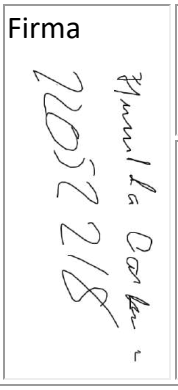
PARAGRAFO PRIMERO.EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud a la cual estoy adscrito()o por servicio particular ().Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE se compromete con EL PROPIETARIO a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO-CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. EI PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. PARAGRAFO PRIMERO. Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigió por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL, PROPIETARIO (OXISALUD).PARAGRAFO SEGUNDO. Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. PARAGRAFO TERCERO.EI PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. TERCERA. Plazo. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S)

MÉDICO(S) descritos anteriormente. CUARTO. Terminación. El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), ii incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. PARAGRAFO. Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. QUINTO. Obligaciones. Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: POR PARTE DEL PACIENTE.1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el(los)EQUIPO(S)MÉDICO(S).5)Suscribir todos los documentos quesean necesarios para que se pueda prestar el servicio.6) Pagar oportunamente el COPAGO-CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento.7) Restituir el(los)EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron.8)Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S).9)Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del(los)EQUIPO(S)MÉDICO(S).POR PARTE DEL PROPIETARIO 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos. EI PACIENTE acepta que conoce las politicas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el pais, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008,de toda la Información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. SÉPTIMA. Mérito ejecutivo. Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérto ejecutivo, teniendo en cuenta que son claras expresas y exigibles. OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones. Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. NOVENA. Codeudor. Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el CODEUDOR se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de EL PROPIETARIO, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal: Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física: Calle 29 # 65-46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: Avenida 20 DE JULIO No. 26 B 03 CASA 1 PISO, Correo electrónico: hecaduque@hotmail.com CODEUDOR: MARIA DUQUE En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los 2026/04/16

POR PARTE DEL PROPIETARIO	POR PARTE DEL PACIENTE	FIRMA
OXISALUD S.A.S. NIT. 811.013.645-9	NOMBRE: MARIA LUCILA DUQUE DE CARDONA C.C. 22049359	

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

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

DEUDOR	Firma	CODEUDOR
NOMBRE: C.C.		NOMBRE: C.C.

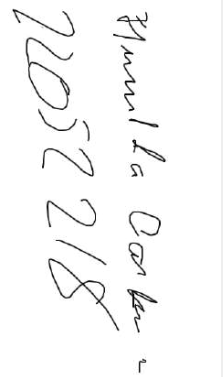
CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S

Medellín

Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré

NOSOTROS, mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e inevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de DEUDOR Y CODEUDOR del acuerdo de pagos sobre bienes muebles- equipos sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios, cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los 2026/04/16.

DEUDOR	CODEUDOR	
NOMBRE: MARIA LUCILA DUQUE DE CARDONA C.C. 22049359	NOMBRE: MARIA DUQUE C.C. 22049359	Firma

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

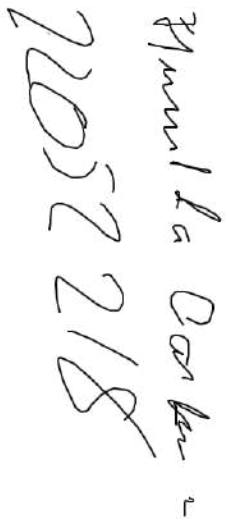
Orden No.: 131439438
-665
Visita: -VT-816
Fecha: 16-04-2026 16:19
Conductor:

Paciente	**MARIA DUQUE (CC: 22049359)**		
Dirección	Avenida 20 DE JULIO No. 26 B 03 CASA 1 PISO **Barrio:** SAN VICENTE | **Zona:** ORIENTE ANTIOQUEÑO | **Ciudad:** SAN VICENTE DE FERRER		
Entidad	SENA	**Teléfono**	3137454577 | Cel: 3113199344
Consumo	2,0 l/min, 18 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA INICIAL - SUMINISTRO GENERADOR - CILINDRO DE RESPALDO
Solicitante	MARIA DUQUE	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 3113199344
Categoría	Exonerado	**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
REGULADOR VOLANTE ADULTO - 4321	1
GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO - 3582	1
CILINDRO 6.0 - 13888	1
CANULA 2 MTS - RESCAN001	1
FRASCO HUMIDIFICADOR - RESFRA001	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Firma Paciente/Cliente



Recibió:
MARIA DUQUE
CC: 22049359

Fecha y Hora de Entrega:
16-04-2026 16:19

Nombre y Cédula

ALQUILER Y VENTA DE EQUIPOS PARA REHABILITACION

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

ACUERDO DE PAGOS SOBRE BIENES MUEBLES-EQUIPOS MÉDICOS

No. 131443616

Por una parte, OXISALUD S.A.S, sociedad comercial domiciliada en Medellín, identificada con NIT 811.013.645-9 y que en adelante se denominará EL PROPIETARIO y, por la otra, MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE identificad@ con cedula de ciudadanía 21859157 con domicilio en LIBORINA-OTRAS ZONAS que en adelante se denominará EL PACIENTE y, finalmente, MARIA VELASQUEZ identificada con cédula de ciudadanía 21859157 ,con domicilio en SABANETA ,que en adelante se denominará EL CODEUDOR, hemos acordado suscribir el presente Acuerdo de Pago sobre bienes muebles, en adelante EQUIPOS MÉDICOS, que se regirá por las siguientes cláusulas:

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

NOMBRE EQUIPO	COD BARRAS	NOMBRE EQUIPO	COD BARRAS
CARRO PORTATIL	27696	CILINDRO PORTATIL	21410
CILINDRO PORTATIL	3537	GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO	22064
REGULADOR YUGO	28564	CILINDRO	2837
CILINDRO	2838	REGULADOR VOLANTE	19224

PARAGRAFO PRIMERO.EL PACIENTE reconoce que estos equipos se reciben teniendo en cuenta la autorización emitida por la Entidad de salud a la cual estoy adscrito()o por servicio particular ().Además, reconoce que está en perfecto estado y que fueron instalados en debida forma, capacitando sobre el manejo de los mismos. SEGUNDA. Valor. EL PACIENTE se compromete con EL PROPIETARIO a pagar mensualmente; dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, un COPAGO-CUOTA MODERADORA correspondiente al valor exigido por su EPS, pagado a través de cualquier medio de pago aprobado por el PROPIETARIO. Este valor se paga por concepto del suministro de equipos antes mencionados. EI PARTICULAR pagará el valor mensual que sea fijado al momento de entregar el equipo. PARAGRAFO PRIMERO. Para los casos en los cuales el PACIENTE reciba los equipos médicos con base en la autorización emitida por la respectiva entidad prestadora de salud, este valor se asemejará al Copago - cuota moderadora que es exigió por la Ley y lo deberá pagar AL PROPIETARIO (OXISALUD). Para los casos que el PACIENTE reciba los equipos médicos de manera particular este valor se asemejará al pago de un canon de arrendamiento que deberá pagar AL, PROPIETARIO (OXISALUD).PARAGRAFO SEGUNDO. Para el pago que debe hacer el Paciente Particular, dicho pago lo deberá realizar al momento que le entreguen el equipo médico. Para el pago que debe hacer el Paciente autorizado por la respectiva entidad prestadora de salud, dicho pago lo podrá realizar durante el mes en curso que se

encuentre usando el equipo médico. En caso tal que no se hagan los pagos, el paciente no podrá seguir disfrutando de la totalidad de los servicios y/o equipos médicos y se obliga a devolverlos de manera inmediata. PARAGRAFO TERCERO.EI PACIENTE acepta que el valor mencionado se incrementará a partir del 1° de enero de cada año de acuerdo con el aumento que tenga el IPC fijado por el Gobierno Nacional. TERCERA. Plazo. La vigencia del presente acuerdo será equivalente a al tiempo que lo autorice la EPS y en los casos de particulares por el tiempo que ellos lo tengan en uso, contados a partir de la fecha de entrega del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descritos anteriormente. CUARTO. Terminación. El presente acuerdo se terminará de manera inmediata cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos: i) finalice el plazo del presente acuerdo, ii) la entidad de salud no autorice la orden de entrega de los equipos médicos al PACIENTE (cuando aplique), ii incumplimiento de cualquiera de las obligaciones de este acuerdo por parte del PACIENTE. En cualquiera de estos eventos, el PACIENTE se obliga a restituir el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) al PROPIETARIO dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la terminación. En caso de no restituirlos, de manera automática el PACIENTE se obliga a pagar el valor mensual correspondiente, tal y como lo venía haciendo, hasta el momento en que se reciba los EQUIPOS MÉDICOS por parte del PROPIETARIO. PARAGRAFO. Por cualquier causa de terminación del presente acuerdo, el PROPIETARIO podrá sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial exigir la restitución de los bienes y proceder con los procesos judiciales correspondientes para obtener el cobro de perjuicios y demás aspectos que se hubieren causado por tal incumplimiento. QUINTO. Obligaciones. Son obligaciones por parte de las Partes, las siguientes: POR PARTE DEL PACIENTE.1) No ceder el presente acuerdo. 2) No cambiar de ubicación el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S), sin previa autorización por escrito del PROPIETARIO. 3) No alterar o modificar las especificaciones técnicas del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S). 4) Informar de manera inmediata al PROPIETARIO acerca de cualquier circunstancia que vulnere o amenace los derechos del PROPIETARIO sobre el(los)EQUIPO(S)MÉDICO(S).5)Suscribir todos los documentos quesean necesarios para que se pueda prestar el servicio.6) Pagar oportunamente el COPAGO-CUOTA MODERADORA y/o canon de arrendamiento.7) Restituir el(los)EQUIPO(S) MÉDICO(S) en los plazos previstos en el presente Acuerdo y en el mismo estado en que se entregaron.8)Responder económicamente al PROPIETARIO por daños que le sean imputable o cualquier pérdida del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S).9)Autorizar al PROPIETARIO a realizar las visitas en mi domicilio que considere necesarias para verificar el estado del(los)EQUIPO(S)MÉDICO(S).POR PARTE DEL PROPIETARIO 1) Entregar, en estado funcional, al PACIENTE el (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) descrito en la cláusula primera del presente acuerdo. 2) Atender las consultas sobre el funcionamiento del (los) EQUIPO(S) MÉDICO(S) que realice el PACIENTE. 3) Respetar los términos del presente acuerdo. SEXTA. Tratamiento de datos personales y reporte ante centrales de riesgos. EI PACIENTE acepta que conoce las politicas de tratamiento de datos personales y autoriza AL PROPIETARIO para que realice el tratamiento de mis Datos Personales y Sensibles; y para que permita su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos. De igual forma, el PACIENTE autoriza al PROPIETARIO para realizar el reporte negativo ante cualquier central de riesgo que opere en el pais, bien sea datacrédito, procrédito o su equivalente, conforme a la Ley 1266 de 2008,de toda la Información que se genere con base en el presente acuerdo. La política de OXISALUD puede ser consultada en la página web www.oxisalud.com.co. SÉPTIMA. Mérito ejecutivo. Las Partes aceptan que las obligaciones mencionadas en el presente documento prestan mérto ejecutivo, teniendo en cuenta que son claras expresas y exigibles. OCTAVA. Pagaré en blanco y Carta de instrucciones. Para respaldar las obligaciones contraídas en el presente acuerdo por parte del PACIENTE, éste emite el pagaré en blanco con su respectiva carta de instrucciones, el cual se encuentra anexo al presente documento. NOVENA. Codeudor. Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente acuerdo a cargo del PACIENTE, el CODEUDOR se obliga en virtud del presente, al cumplimiento de todas las obligaciones contraídas en virtud del presente acuerdo de pagos en favor de EL PROPIETARIO, quien podrá exigirle directamente el pago de las sumas adeudadas por el presente acuerdo sin necesidad de requerimiento alguno o constitución en mora, a los cuales el codeudor renuncia expresamente. DÉCIMA. Incumplimiento y clausula penal: Las partes establecen de común acuerdo una cláusula penal por el incumplimiento equivalente al pago de tres (3) SMMLV, a cargo de la parte que incumpla una cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato. Este contrato será prueba sumaria suficiente para el cobro ejecutivo de las obligaciones derivadas del presente contrato. DÉCIMA PRIMERA. Notificaciones. Las Partes autorizan a realizar cualquier tipo de notificación en las siguientes direcciones: PROPIETARIO: Dirección física:

Calle 29 # 65-46 Medellín, correo electrónico: atencionalusuario@oxisalud.com.co, PACIENTE: Dirección física: Calle 74 Sur No. 35 145 CASA 132 URBANIZACION CATALUÑA CAMPESTRE, Correo electrónico: amonsalvev@sena.edu.co CODEUDOR: MARIA VELASQUEZ En señal de aceptación, firman las Partes en Medellín, domicilio contractual de este Acuerdo, a los 2026/05/01

POR PARTE DEL PROPIETARIO	POR PARTE DEL PACIENTE	FIRMA
OXISALUD S.A.S. NIT. 811.013.645-9	NOMBRE: MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE C.C. 21859157	

PAGARÉ EN BLANCO Y CARTA DE INSTRUCCIONES

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

DEUDOR		CODEUDOR
NOMBRE: C.C.	Firma	NOMBRE: C.C.

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
OXISALUD S.A.S
Medellín
Asunto: Autorización para llenar espacios en blanco del Pagaré
NOSOTROS, mayores de edad, identificados como aparece al pie de nuestra firma, actuando en nombre propio, por medio del presente escrito manifestamos que le faculto a usted, de manera permanente e inevocable para que, en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que he adquirido en mi calidad de DEUDOR Y CODEUDOR del acuerdo de pagos sobre bienes muebles- equipos sin previo aviso, proceda a llenar los espacios en blanco del Pagaré que he suscrito en la fecha a su favor y que se anexa, con el fin de convertir el pagaré, en un documento que presta mérito ejecutivo y que está sujeto a los parámetros legales del Artículo 622 del Código de Comercio. El llenado se deberá hacer según estas instrucciones: 1. El espacio correspondiente a "la suma cierta de" se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el acreedor, por concepto de capital, intereses, seguros, cobranza extrajudicial, perjuicios,

cláusula penal o multas, según la contabilidad del acreedor a fecha en que sea llenado el pagaré. Lo anterior, por cualquier concepto ocasionado en el marco del Acuerdo de pago precitado. 2. El espacio correspondiente a fecha en que se debe hacer el pago, se llenará con la fecha correspondiente al día en que incumpla cualquiera de las obligaciones que tengamos relacionado con el acuerdo citado o posterior, a elección del tenedor legítimo del título valor. La fecha de vencimiento será el día en que se diligencien los espacios dejados en blanco en el pagaré. En constancia de lo anterior, firmo la presente autorización, a los 2026/05/01.

DEUDOR	CODEUDOR	
NOMBRE: MARIA TERESA VELASQUEZ DE MONSALVE C.C. 21859157	NOMBRE: C.C.	Firma

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

Orden No.: 131443616
-708
Visita: -VT-842
Fecha: 01-05-2026 19:31
Conductor: JUAN TORRES

Paciente	**MARIA VELASQUEZ (CC: 21859157)**		
Dirección	Calle 74 Sur No. 35 145 CASA 132 URBANIZACION CATALUÑA CAMPESTRE **Barrio:** LIBORINA | **Zona:** OTRAS ZONAS | **Ciudad:** SABANETA		
Entidad	SENA	**Teléfono**	3007832862 | Cel: 3108373981
Consumo	3,0 l/min, 24 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA INICIAL - SUMINISTRO GENERADOR - PORTATIL INDEFINIDO
Solicitante	MARIA VELASQUEZ	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 3108373981
Categoría	Exonerado	**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
CILINDRO 3,5 - 2837	1
REGULADOR VOLANTE ADULTO - 19224	1
GENERADOR - SUMINISTRO OXIGENO - 22064	1
CILINDRO TIPO E 0.682 m3 - 21410	1
CILINDRO 3,5 - 2838	1
CILINDRO TIPO E 0.682 m3 - 3537	1
CARRO PORTATIL - 27696	1
REGULADOR YUGO ADULTO - 28564	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Recibió:

CC:

Fecha y Hora de Entrega:
01-05-2026 19:31

Firma Paciente/Cliente

Nombre y Cédula

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

Orden No.: 131442152
-703
Visita: -VT-838
Fecha: 23-04-2026 10:33
Encargado:

Paciente	**ALFONSO CIFUENTES (CC: 656957)**		
Dirección	Circular 4 No. 71 49 HOGAR AYER Y HOY **Barrio:** LAURELES | **Zona:** OCCIDENTE 1 | **Ciudad:** MEDELLIN		
Entidad	SENA	**Teléfono**	2509320 | Cel: 3148511087
Consumo	0 l/min, 0 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA INICIAL - APNEA - BPAP - MASCARA NASAL/ORONASAL
Solicitante	ALFONSO CIFUENTES	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 3148511087
Categoría	SIN DATOS	**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
BPAP AUTOMATICO - 27520	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Recibió:
ALFONSO CIFUENTES
CC: 656957

Fecha y Hora de Entrega:
23-04-2026 10:33

Firma Paciente/Cliente

Nombre y Cédula

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

Orden No.: 131439804
-677
Visita: -VT-822
Fecha: 14-04-2026 14:54
Encargado:

Paciente	**ANDRES VARGAS (CC: 8125032)**		
Dirección	Calle 40 No. 101 A 165 APART 314 URBA NUEVA ANDALUCIA **Barrio:** SAN JAVIER | **Zona:** OCCIDENTE 1 | **Ciudad:** MEDELLIN		
Entidad	SENA	**Teléfono**	4769114 | Cel: 3045943207
Consumo	0 l/min, 0 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA INICIAL - APNEA - CPAP - MASCARA NASAL/ORONASAL
Solicitante	ANDRES VARGAS	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 3045943207
Categoria	SIN DATOS	**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
CPAP AUTOMATICO - 27572	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Recibió:
ANDRES VARGAS
CC: 8125032

Fecha y Hora de Entrega:
14-04-2026 14:54

Firma Paciente/Cliente

Nombre y Céduta

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

Orden No.: 131440898
-693
Visita: -VT-831
Fecha: 18-04-2026 09:48
Encargado:

Paciente	**MARILUZ MORENO (CC: 20181495)**		
Dirección	Carrera 50 A No. 26 36 **Barrio:** YARUMITO | **Zona:** SUR 2 | **Ciudad:** ITAGUI		
Entidad	SENA	**Teléfono**	6001250 | Cel: 3204750927
Consumo	0 l/min, 0 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA INICIAL - APNEA - CPAP - MASCARA NASAL/ORONASAL
Solicitante	MARILUZ MORENO	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 3204750927
Categoría	SIN DATOS	**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
CPAP AUTOMATICO - 23489	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Recibió:
MARILUZ MORENO
CC: 20181495

Nombre y Cédula

Fecha y Hora de Entrega:
18-04-2026 09:48

Firma Paciente/Cliente
Mary L de Bedoya

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

Orden No.: 131440372
-685
Visita: -VT-827
Fecha: 16-04-2026 12:22
Encargado:

Paciente	**NOELIA GALVIS (CC: 22129512)**		
Dirección	Carrera 48 No. 47 7 APTO 402, ED. CATALAN **Barrio:** VILLA PAULA | **Zona:** OCCIDENTE 2 | **Ciudad:** ITAGUI		
Entidad	SENA	**Teléfono**	5975071 | Cel: 3113232714
Consumo	0 l/min, 0 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA INICIAL - APNEA - CPAP - MASCARA NASAL/ORONASAL
Solicitante	NOELIA GALVIS	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 3113232714
Categoría	Exonerado	**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
CPAP AUTOMATICO - 27229	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Recibió:
NOELIA GALVIS
CC: 22129512

Fecha y Hora de Entrega:
16-04-2026 12:22

Firma Paciente/Cliente

Nombre y Cédula

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellín
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

Orden No.: 131440002
-680
Visita: -VT-824
Fecha: 15-04-2026 09:49
Encargado:

Paciente	**NORA PEÑA (CC: 32285102)**		
Dirección	Carrera 99 B No. 49 B 161 RESERVA SERRAT - APARTAMENTO 624 TORRE 1 **Barrio:** CALASANZ | **Zona:** OCCIDENTE 1 | **Ciudad:** MEDELLIN		
Entidad	SENA	**Teléfono**	3146281990 | Cel: 3148370601
Consumo	0 l/min, 10 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA INICIAL - APNEA - CPAP - MASCARA NASAL/ORONASAL
Solicitante	NORA PEÑA	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 3148370601
Categoría		**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
CPAP AUTOMATICO - 23575	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Recibió:
NORA PEÑA
CC: 32285102

Fecha y Hora de Entrega:
15-04-2026 09:49

Firma Paciente/Cliente

Nombre y Cédula

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

Orden No.: 131440621
-689
Visita: -VT-829
Fecha: 17-04-2026 10:26
Encargado:

Paciente	**ALBA ISAZA (CC: 32313686)**		
Dirección	Calle 52 No. 74 74 **Barrio:** ESTADIO | **Zona:** OCCIDENTE 1 | **Ciudad:** MEDELLIN		
Entidad	SENA	**Teléfono**	4361741 | Cel: 3007749240
Consumo	0 l/min, 0 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA INICIAL - APNEA - CPAP - MASCARA NASAL/ORONASAL
Solicitante	ALBA ISAZA	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 3007749240
Categoría	Exonerado	**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
CPAP AUTOMATICO - 23904	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Recibió:
ALBA ISAZA
CC: 32313686

Fecha y Hora de Entrega:
17-04-2026 10:26

Firma Paciente/Cliente

Nombre y Cédula

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

Orden No.: 131440594
-687
Visita: -VT-828
Fecha: 17-04-2026 08:23
Encargado:

Paciente	**CLARA ZULUAGA (CC: 32345277)**		
Dirección	Carrera 43 A No. 53 D Sur 46 APTO 1201, ED. PORTON DEL SUR **Barrio:** LOS ARIAS | **Zona:** SUR 2 | **Ciudad:** SABANETA		
Entidad	SENA	**Teléfono**	5795996 | Cel: 3004487888
Consumo	0 l/min, 0 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA INICIAL - APNEA - CPAP - MASCARA NASAL/ORONASAL
Solicitante	CLARA ZULUAGA	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 3004487888
Categoría	Exonerado	**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
CPAP AUTOMATICO - 27319	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Recibió:
CLARA ZULUAGA
CC: 32345277

Fecha y Hora de Entrega:
17-04-2026 08:23

Nombre y Cédula

Firma Paciente/Cliente

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

Orden No.: 131440871
-691
Visita: -VT-830
Fecha: 18-04-2026 08:14
Conductor:

Paciente	**MARIA CARDONA (CC: 32439844)**		
Dirección	Calle 77 Sur No. 46 180 APARTAMENTO 908 TORRE 2 EDIFICIO ALTOS DE VALPARAISO **Barrio:** SABANETA | **Zona:** SUR 2 | **Ciudad:** SABANETA		
Entidad	SENA	**Teléfono**	3131329 | Cel: 3137043380
Consumo	0 l/min, 0 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA INICIAL - APNEA - CPAP - MASCARA NASAL/ORONASAL
Solicitante	MARIA CARDONA	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 3137043380
Categoría	SIN DATOS	**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
CPAP AUTOMATICO - 23616	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Recibió:

CC:

Nombre y Cédula

Fecha y Hora de Entrega:
18-04-2026 08:14



Firma Paciente/Cliente

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellín
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

Orden No.: 131439808
-676
Visita: -VT-823
Fecha: 14-04-2026 14:22
Encargado:

Paciente	**ESTHER OSSA (CC: 32460218)**		
Dirección	Calle 38 A No. 80 53 BLOQUE 5 APT 618 UNIDAD JARDIN DE LOS LAURELES **Barrio:** LAURELES | **Zona:** OCCIDENTE 1 | **Ciudad:** MEDELLIN		
Entidad	SENA	**Teléfono**	3007799002 | Cel: 3116339944
Consumo	l/min, hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA INICIAL - APNEA - CPAP - MASCARA NASAL/ORONASAL
Solicitante	ESTHER OSSA	**Parentesco**	HIJO | Tel: 3007798628
Categoria	Exonerado	**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
CPAP AUTOMATICO - 23608	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Recibló:
ESTHER OSSA
CC: 32460218

Fecha y Hora de Entrega:
14-04-2026 14:22

Firma Paciente/Cliente
Lucia Ramirez Ossa

Nombre y Cédula

OXISALUD
OXÍGENO 24 HORAS A DOMICILIO

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

Orden No.: 131439699
-672
Visita: -VT-821
Fecha: 14-04-2026 09:59
Encargado:

Paciente	**CRISTINA ZULETA (CC: 43973139)**		
Dirección	Calle 75 No. 72 B 110 URB. ALMENDRA, TORRE 2, APTO 1805 **Barrio:** ROBLEDO - PILARICA | **Zona:** NORTE 2 | **Ciudad:** MEDELLIN		
Entidad	SENA	**Teléfono**	5071168 | Cel: 3113779625
Consumo	0 l/min, 0 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA INICIAL - APNEA - BPAP - MASCARA NASAL/ORONASAL
Solicitante	CRISTINA ZULETA	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 3113779625
Categoría	Exonerado	**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
BPAP AUTOMATICO - 28968	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Recibió:
CRISTINA ZULETA
CC: 43973139

Fecha y Hora de Entrega:
14-04-2026 09:59

Firma Paciente/Cliente

Nombre y Cédula

OXISALUD
OXIGENO 24 HORAS A DOMICILIO

OXISALUD
Calle 29 # 65-46 Barrio Trinidad, Medellin
Telefono: 604 4448456 | WhatsApp: 315 588 3576
Correo: atencionalusuario@oxisalud.com.co | Web: www.oxisalud.com.co

Orden No.: 131440050
-682
Visita: -VT-825
Fecha: 15-04-2026 11:14
Encargado:

Paciente	**LUISA CASTAÑO (CC: 1152700276)**		
Dirección	Calle 91 A No. 65 207 FRANCISCO ANTONIO ZEA **Barrio:** FRANCISCO ANTONIO ZEA | **Zona:** NORTE 2 | **Ciudad:** MEDELLIN		
Entidad	SENA	**Teléfono**	3127158045 | Cel: 604588931
Consumo	0 l/min, 12 hrs	**Tipo Orden**	ENTREGA INICIAL - APNEA - CPAP - MASCARA NASAL/ORONASAL
Solicitante	LUISA CASTAÑO	**Parentesco**	EL PACIENTE | Tel: 604588931
Categoría		**Portátil Cita**	

Equipos Entregados	Cant.
CPAP AUTOMATICO - 27779	1

Equipos Recogidos	Código	Cant.

Recibió:
LUISA CASTAÑO
CC: 1152700276

Fecha y Hora de Entrega:
15-04-2026 11:14

Firma Paciente/Cliente
Luisa Fda Castaño

Nombre y Cédula

De: grupoadmondocumentos@sena.edu.co <grupoadmondocumentos@sena.edu.co>
Enviado el: jueves, 23 de abril de 2026 9:00 a. m.
Para: JOSE.TORRES@OXISALUD.COM.CO
CC: Felix Hernando Gomez Ramirez <felgomez@sena.edu.co>; ADMINISTRATIVO@OXISALUD.COM.CO; CREDITO@OXISALUD.COM.CO; Angelica Maria Molina Muñoz <ammolina@sena.edu.co>; Adriana Maria Gonzalez Melguizo <amgonzalezm@sena.edu.co>
Asunto: CPE No. 05-9-2026-022618 - INFORMACIÓN INICIO EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Apreciado(a)

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

Radicado	**N.I.S.**	**Fecha**
05-9-2026-022618	2026-02-158388	4/23/2026 8:59:50 AM

Asunto	**Descripción del asunto**
INFORMES	INFORMACIÓN INICIO EJECUCIÓN CONTRACTUAL

5-1023
Medellín

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

Asunto: Información inicio ejecución contractual

Cordial saludo,

A través del presente y en atención al contrato suscrito entre el SENA Y OXISALUD S.A.S número CO1.PCCNTR.9437604 de 2026 el cual tiene por 5_346 SUMINISTRAR DE FORMA PERIÓDICA E INTEGRAL OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INSTITUCIONAL Y POR EVENTO, EQUIPOS HOSPITALARIOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DESTINADOS AL CUIDADO DE LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL -SMA- DEL SENA REGIONAL ANTIOQUIA Y DE OTRAS REGIONALES DOMICILIADOS O VISITANTES QUE SE ENCUENTREN EN EL DEPARTAMENTO, me permito adjuntar comunicación de inicio de ejecución contractual con sus respectivos anexos.

Agradeciendo la atención prestada,

FÉLIX HERNANDO GÓMEZ RAMÍREZ
Supervisor Contrato CO1.PCCNTR.9437604 de 2026

Adjunto:
Base de Datos beneficiarios SMA
Circular No. 1-4040 3 – 2024 - 000019 del 25 de enero de 2024
Guía de acceso al sistema de facturación electrónica

Atentamente,

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

www.sena.edu.co
@SENAcomunica

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

5-1023
Medellín

Doctor:
JOSE ANTONIO TORRES CABREJO
Representante Legal

OXISALUD S.A.S

jose.torres@oxisalud.com.co

Medellín - Antioquia

Asunto: Información inicio ejecución contractual

Cordial saludo,

A través del presente y en atención al contrato suscrito entre el SENA Y OXISALUD S.A.S número CO1.PCCNTR.9437604 de 2026 el cual tiene por 5_346 SUMINISTRAR DE FORMA PERIÓDICA E INTEGRAL OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INSTITUCIONAL Y POR EVENTO, EQUIPOS HOSPITALARIOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DESTINADOS AL CUIDADO DE LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL -SMA- DEL SENA REGIONAL ANTIOQUIA Y DE OTRAS REGIONALES DOMICILIADOS O VISITANTES QUE SE ENCUENTREN EN EL DEPARTAMENTO, me permito informar que:

1. EL SENA hace entrega de una tabla de datos en Excel el cual contiene información de los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial de la Regional Antioquia a los cuales se les presta atención (tratamiento de datos: “de conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y en el Decreto 1377 de 2013, las partes autorizan el tratamiento de sus datos para los fines exclusivos del presente contrato. En todo caso, esta autorización padre ser ampliada o revocada en cualquier momento”)

2. Las órdenes expedidas por el Servicio Médico Asistencial para especialistas y ayudas Diagnósticas tienen vigencia de 60 días, una vez pasado este tiempo el beneficiario deberá acercarse al SMA a renovar dicha orden, en su defecto la orden actualizada (u orden expedida por primera vez) podrá remitirse vía correo electrónico por el personal de autorizaciones que a continuación se relaciona. Para el soporte de facturación deberá allegarse la orden debidamente firmada por el beneficiario.

Contacto	Correo Electrónico	Teléfono
Félix Hernando Gómez Ramírez - Coordinador del Servicio Médico Asistencial	felgomez@sena.edu.co	3104200156
Angélica María Molina – Facturación	ammolina@sena.edu.co	3104003833
Luis German Henao Maya-auditor médico	lghenaom@sena.edu.co	3147834873

Adriana M González M - Apoyo Administrativo	amgonzalezm@sena.edu.co	3012518985
Correo Institucional Servicio Médico	sma.antioquia@sena.edu.co	
Correo de facturación	facturasmasena@gmail.com	

3. Adicionalmente es importante que quienes se encuentran a cargo de la atención de nuestros beneficiarios conozcan el alcance de los servicios que corresponde al SENA garantizar en temas de salud según los términos de la normatividad vigente en la materia: En virtud del Decreto 907 del 16 de mayo de 1975, por medio del cual se reglamenta, en su artículo 30, el Servicio Médico Asistencial del Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA- que preceptúa la seguridad social para la familia del empleado; modificado por el artículo 35 del Decreto 594 del 15 de marzo de 1977 que establece: "El SENA asumirá directamente o contratará con una o varias entidades públicas o privadas, especializadas en seguridad social, un seguro médico asistencial para los parientes de los empleados (…)", y demás normas que lo modifiquen, sustituyan, adicionen o complementen, el SENA Regional Antioquia se encuentra comprometido con la función de garantizar la prestación de servicios médico asistenciales de atención domiciliaria integral, segura y de alta calidad en salud como elemento indispensable para garantizar la supervivencia y calidad de vida de nuestros beneficiarios y los de otras regionales domiciliados o visitantes que se encuentren en el departamento.

   El SMA del SENA, es una unidad autoexcluida del SGSSS, pero que reúne algunas características de este sistema, cuya población está constituida por los familiares (padres, cónyuge e hijos o hermanos con edad hasta los 25 años que estén estudiando o tengan incapacidad física o mental que los imposibilite) y que dependen exclusiva y económicamente del empleado público y trabajador oficial, vinculado laboralmente al SENA y pensionado adscrito al mismo. Al interior de las instalaciones del SENA, a nivel nacional, el SMA se encuentra constituido como una Unidad Funcional de Atención Médica en la que se ofrece atención básica intramural de muy baja complejidad, con alcance en el campo de consulta externa y odontología general que, particularmente, en la Regional Antioquia cuenta con un equipo humano asistencial de dos médicos asesores, un médico auditor, un odontólogo, una auxiliar de enfermería y un auxiliar en salud oral".

4. Los beneficiarios que requieran los servicios que brinda la entidad a la que Usted representa deberán identificarse previo al acceso de los servicios con el carné que lo acredite como beneficiario del Servicio Médico Asistencial del SENA y cédula de ciudadanía, según el modelo que se presenta a continuación:







5. Conforme circular adjunta No. 3-2024-000019 del 25 de enero de 2024 el SENA definió los NUEVOS LINEAMIENTOS Y REQUISITOS PARA LA RECEPCIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA EXPEDIDA POR CONTRATISTAS Y PROVEEDORES el cual inició su implementación a partir de la expedición de esta, lo que nos obliga a dar cumplimiento a la mencionada circular

"En primer lugar es preciso señalar que las entidades ejecutoras del Presupuesto General de la Nación, al realizar el registro de la obligación, el sistema identificará si el tercero beneficiario de la

misma es sujeto obligado a facturar electrónicamente, y al verificarlo solicitará la consulta y vinculación de la(s) factura(s) electrónica(s) de venta en estado “Aprobada” (s) por el supervisor y/o tácitamente, según lo define la norma, para continuar con el proceso de pago.

Es de anotar, que la información tributaria de los terceros (Proveedor o Contratista) creados en el SIIF Nación se actualizará con base en los datos de la DIAN mediante un Servicio Web, por lo cual el sistema validará de forma automática la responsabilidad 52 – Facturador electrónico que se encuentra en el RUT, en consecuencia cualquier tercero que tenga este tipo de responsabilidad en el RUT, deberá de forma obligatoria suministrar factura de venta electrónica por cualquier tipo de operación que lleve a cabo con el SENA.”

Se hace necesario realizar las siguientes actividades para la recepción de facturación electrónica en el SENA:

a) Elaborar factura electrónica mediante operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, previa habilitación ante la DIAN.
b) Diligenciar en la sección de la factura Datos del Emisor, en el campo “correo” su dirección electrónica como proveedor, en donde le será notificado en caso de existir fallas en la validación del correo.
c) Diligenciar en la sección de la factura Notas u observaciones, lo siguiente: #$ luego el código de identificación de la Regional o Centro de Formación con la cual se suscribió el contrato, número del contrato, y correo del supervisor (felgomez@sena.edu.co), finalizando con #$, debidamente separados por punto y coma y espacio.
d) Registrar en la sección de la factura Datos del Adquiriente en el campo “Correo”, el buzón electrónico siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con el fin que, una vez generada la factura electrónica a través del medio seleccionado, éste la envíe automáticamente.
e) Toda la recepción de facturas se realiza a través del correo facturasmasena@gmail.com con los soportes respectivos (facturas en pdf, ordenes (deben de estar firmadas por el beneficiario y el soporte de la atención)
f) Cuando el proveedor o contratista decida hacer el envío de la factura de forma manual, deberá remitir el correo adjuntando el pdf y el xml en archivo comprimido zip, a la dirección electrónica: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co. En este caso adicionalmente debe definir el asunto del correo remisorio. En dicho asunto del correo debe registrar los siguientes datos: el código de identificación de la Regional o Centro de Formación con el cual suscribió el contrato, número del contrato y correo del supervisor, debidamente separados por punto y coma.

6. Para el pago de facturas generadas, cada mes deben de adjuntar:

a) Constancia de que se encuentra al día con el pago de la seguridad social (Planilla de pago y certificado emitido por el revisor fiscal)
b) Certificado de RH1 mes a mes
c) Reporte RH1 o certificado de envío de la plataforma de la autoridad competente según

corresponda

d) El contrato de disposición final de residuos (la copia del contrato solo se envía en el primer mes de ejecución)
e) Certificado de disposición final de residuos mes a mes
f) Certificado de IDEAM vigencia 2025

Agradeciendo la atención prestada,



FÉLIX HERNANDO GÓMEZ RAMÍREZ

Supervisor Contrato CO1.PCCNTR.9437604 de 2026

Adjunto:

Base de Datos beneficiarios SMA

Circular No. 1-4040 3–2024-000019 del 25 de enero de 2024

Guía de acceso al sistema de facturación electrónica

CIRCULAR

1-4040

Bogotá, D.C.

3-2024-000019
25/01/2024 2:19:29 p. m.

PARA: DIRECTORES (AS) REGIONALES, SUBDIRECTORES DE CENTROS DE FORMACIÓN, COORDINADORES GRUPO APOYO MIXTO, DIRECTORES DE ÁREA, SECRETARIA GENERAL, JEFES DE OFICINA, COORDINADORES DE GRUPO, SUPERVISORES DE CONTRATO, PROFESIONALES CONTABLES Y DE TESORERÍA DE LA DIRECCIÓN GENERAL, REGIONALES Y CENTROS DE FORMACIÓN

Asunto: Nuevos lineamientos y requisitos para la recepción de facturación electrónica expedida por contratistas y proveedores.

A continuación, se imparten nuevos lineamientos para la recepción de facturación electrónica en el SENA, frente a las facturas, notas débito y notas crédito, emitidas por parte de sus proveedores y contratistas, de acuerdo con las actualizaciones realizadas por parte de la Administración del aplicativo SIIF Nación.

En primer lugar, es preciso señalar que las entidades ejecutoras del Presupuesto General de la Nación, al realizar el registro de la obligación, el sistema identificará si el tercero beneficiario de la misma es sujeto obligado a facturar electrónicamente, y al verificarlo solicitará la consulta y vinculación de la(s) factura(s) electrónica(s) de venta en estado “Aprobada” (s) por el supervisor y/o tácitamente, según lo define la norma, para continuar con el proceso de pago.

Es de anotar, que la información tributaria de los terceros (Proveedor o Contratista) creados en el SIIF Nación se actualizará con base en los datos de la DIAN mediante un Servicio Web, por lo cual el sistema validará de forma automática la responsabilidad 52 – Facturador electrónico, 48 – Responsable del Impuesto de IVA y 47- RST régimen Simple de Tributación que se encuentra en el RUT, en consecuencia cualquier tercero que tenga este tipo de responsabilidades, deberá de forma obligatoria suministrar factura de venta electrónica por cualquier tipo de operación que lleve a cabo con el SENA.

Para este proceso se han identificado los siguientes actores y actividades a realizar para el trámite al interior de nuestra Entidad:

A) Contratista o proveedor (emisor).

Las acciones que debe realizar el proveedor o contratista obligado a facturar electrónicamente son las siguientes:

1. Elaborar factura electrónica mediante operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, previa habilitación ante la DIAN:

En esta actividad es importante indicarle al proveedor que los datos del SENA como adquiriente de los bienes y servicios en la factura a emitir, deben ser creados con los datos generales del RUT de nuestra Entidad y deben ser iguales a nivel nacional, sin importar que la factura sea expedida a una Regional o Centro de Formación en particular. Estos datos son:

NIT: 899999034 (este es el NIT del SENA que se crea en la factura sin dígito de verificación)

RAZÓN SOCIAL: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

DIRECCIÓN: CL 57 8 69, Bogotá D.C.

TELEFONO: 5461500

TIPO DE CONTRIBUYENTE: persona jurídica

TIPO DE RESPONSABILIDAD: Gran contribuyente

RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA: No responsable de IVA

Por lo tanto, no se podrá rechazar una factura porque no tenga el nombre, la dirección o el teléfono específico de la Regional o Centro de Formación, dado que lo importante es que el número de NIT y la razón social coincidan exactamente con los datos indicados en este punto, los cuales son los que figuran en el RUT del SENA, puesto que es una única y misma entidad a nivel nacional, independientemente de las diferentes sedes que se encuentran en cada ciudad. En cuanto a los datos de dirección y teléfono, en la factura puede suministrarse los indicados en este numeral o los datos del Centro o Regional (cualquiera de los dos).

Por su parte los datos del proveedor o contratista como vendedor de los bienes o prestador del servicio, en la factura de venta deben ser creados con los datos generales que figuren igualmente en su RUT.

2. Diligenciar en la sección de la factura de venta a emitir, en Datos del Emisor, en el campo “correo” su dirección electrónica como proveedor, en donde le será notificado en caso de existir fallas en la validación del correo.

3. Diligenciar en la sección en la sección interna de la factura de venta, específicamente en la parte de Notas u observaciones, lo siguiente: **#$** luego el código de identificación de la Regional o Centro de Formación con la cual se suscribió el contrato, número del contrato, y correo del supervisor, finalizando con **#$**, debidamente separados por punto y coma, según el siguiente ejemplo:

#$**36-02-00-XXX-XXXXXX; Contrato # XX; PedroPerez@sena.edu.co **#$

En el número de contrato no colocar la palabra contrato ni el numeral, solamente el número tal como aparece en SECOP. Este número se debe indicar completo y si este es alfanumérico, se deberá reflejar de la misma forma. El número máximo de caracteres en este parte del número

de contrato es de veinte (20). Después de cada punto y coma debe ir un espacio, en los demás datos no deben ir espacios.

El código de identificación de la Regional o Centro de Formación (unidad ejecutora) con la cual se suscribió el contrato es el que figura en el certificado de registro presupuestal.

* Se anexa a esta circular archivo en Excel denominado: "Catálogo Institucional Unidades y Sub-Unidades Ejecutoras SIIF Nación", el cual contiene el listado de códigos que identifica a cada una de las Regionales y Centros de Formación, los cuales deberán ser informados a los proveedores y contratistas para que puedan diligenciar completo el código planteado en este ejemplo.

4. Registrar en la sección de la factura Datos del Adquiriente en el campo "Correo", el buzón electrónico: **siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co** dispuesto por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con el fin que, una vez generada la factura electrónica a través del medio seleccionado, éste la envíe automáticamente.

5. Generar factura obteniendo el contenedor electrónico -Documento zip (PDF, XML).

6. Cuando el proveedor o contratista decida hacer el envío de la factura de forma manual, deberá remitir el correo adjuntando el pdf y el xml en archivo comprimido zip, a la dirección electrónica: **siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co**. En este caso adicionalmente debe definir el asunto del correo remisorio. En dicho asunto del correo debe registrar los siguientes datos: el código de identificación de la Regional o Centro de Formación con el cual suscribió el contrato, número del contrato y correo del supervisor, debidamente separados por punto y coma, según el siguiente ejemplo:

36-02-00-XXX-XXXXXX; Contrato # XX; PedroPerez@sena.edu.co

Tenga en cuenta que en este asunto del correo no debe ir el signo $ ni tampoco el signo #, dado que estos símbolos son requeridos únicamente en las notas internas de la factura de venta. Tampoco se deberán registrar más o menos datos de los solicitados en este punto. Esto es importante de lo contrario la factura no podrá ser procesada para el cargue en la plataforma SIIF NACION.

En el número de contrato no colocar la palabra contrato ni el numeral, solamente el número tal como aparece en SECOP II. Este número se debe indicar completo y si este es alfanumérico, se deberá reflejar de la misma forma. El número máximo de caracteres en este parte del número de contrato es de veinte (20). Después de cada punto y coma debe ir un espacio, en los demás datos no deben ir espacios.

El código de identificación de la Regional o Centro de Formación (unidad ejecutora) con la cual se suscribió el contrato es el que figura en el certificado de registro presupuestal

El archivo XML de la factura electrónica de venta que debe remitir el proveedor es el que ya se encuentra validado y firmado por la DIAN, dado otra causal de rechazo muy común es que remiten el XML en estado previo. Para identificar el XML validado tenga en cuenta que en su contenido inicia con la frase “AttachedDocument”.

De no darse el envío automático por parte del proveedor o contratista desde el operador tecnológico autorizado, solución gratuita de la DIAN o software propio, descrito en el numeral 4, el proveedor podrá remitir directamente la factura al buzón indicado para tal fin, según las indicaciones dadas en este numeral 6.

7. Cualquier inconveniente o error generado en el envío de la factura electrónica, el proveedor deberá canalizarlo directamente con el supervisor de contrato, para que esta persona verifique y realice las gestiones pertinentes al interior de la entidad, con el profesional contable de cada Regional o Centro de Formación donde se presente la novedad.

B) Supervisor de contrato SENA (Receptor).

La circular externa No 042 del 26 de diciembre de 2023 , la cual nos indica: La Administración del SIIF Nación informa que a partir del 1 de enero de 2024 el proceso de emisión y recepción de factura electrónica de venta, cambia su modo de operación y pasa de “Proveedor tecnológico” a “Software propio”, es decir, que a partir de ésta fecha todo el proceso de generación, transmisión, validación, expedición y recepción de facturas electrónicas de venta, notas débito, notas crédito y demás instrumentos electrónicos que se deriven de la factura electrónica de venta con validación previa a su expedición pasará a ser asumido en su totalidad por el SIIF Nación. En este sentido cada supervisor de contratos recibe y gestiona (aprueba o rechaza) directamente cada documento electrónico en la herramienta del operador del SIIF Nación.

Para este proceso el supervisor debe ingresar a la plataforma SIIF NACIÓN para aprobar o rechazar cada factura a través de la dirección: https://validador.siifnacion.gov.co/auth/login, seleccionando la opción usuarios externos indicando como usuario su correo electrónico institucional del supervisor.

Recuerde que todo supervisor previo al ingreso debe realizar su registro en el sistema por el link: https://validador.siifnacion.gov.co/auth/login, opción registrarse, una vez realizada la acción recuerde descargar la aplicación Microsoft Authenticator en su celular, la cual usará para escanear código QR y realizar el ingreso al ambiente para aprobación de documentos.

Ruta aprobación de documentos:

Sistema de Factura electrónica/REC-RECEPCIÓN/Gestionar Documentos Electrónicos. En caso de que ingrese a la plataforma de SIIF NACIÓN y no le deje acceder porque no está autorizado en el sistema, deberá realizar trámite de solicitud a la dirección del profesional: "Javier Alejandro Gonzalez Rozo" jalgonzalez@sena.edu.co, diligenciando el archivo en Excel adjunto a esta circular, denominado: “Creación rol supervisores SIIF NACIÓN”. Al momento de diligenciamiento del archivo indicado, no digitar tildes y los apellidos que en su estructura contenga la letra Ñ sustituirla con la letra N ejemplo: Castañeda homológuelo de la siguiente manera: Castaneda. Adicionalmente los datos resaltados en color amarillo NO se deberán modificar, solo los que se encuentren sin color. Tenga en cuenta que las creaciones se harán solo para direcciones de correos institucionales con dominio @sena NO con dominio @misena.

Una vez emitida la factura por parte del proveedor y recibida en el sistema de SIIF NACIÓN, el supervisor recibirá un correo indicándole que tiene un documento por aprobar y cuenta solo con tres días calendario para su aprobación o rechazo en la plataforma SIIF NACIÓN, por lo cual en caso de que no se gestionen en este periodo de tiempo, la factura se entenderá aprobada tácitamente.

Cualquier inconveniente, dificultad o error generado en el envío de la factura electrónica, el supervisor de contrato deberá encargarse directamente de su verificación y apoyo al proveedor o contratista para subsanar la situación.

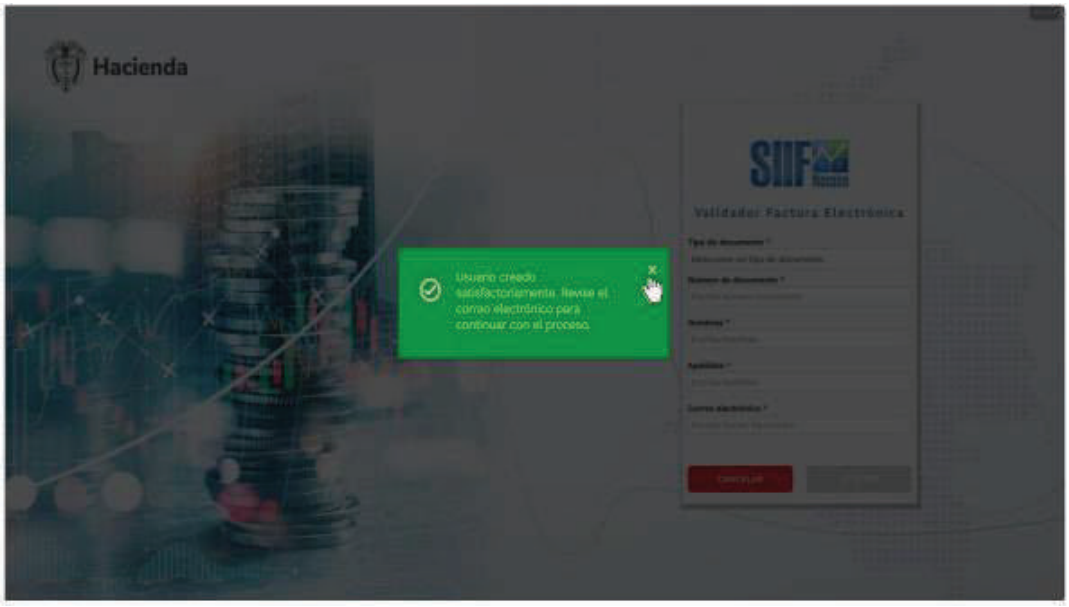
A continuación, se desglosa el paso a paso que debe tener en cuenta el supervisor al momento de ingresar al aplicativo SIIF NACIÓN:

- Una vez se conceda el acceso , el supervisor deberá dirigirse al siguiente link y realizar el registro correspondiente https://validador.siifnacion.gov.co/auth/login, ubicándose en la opción que dice registrarse:

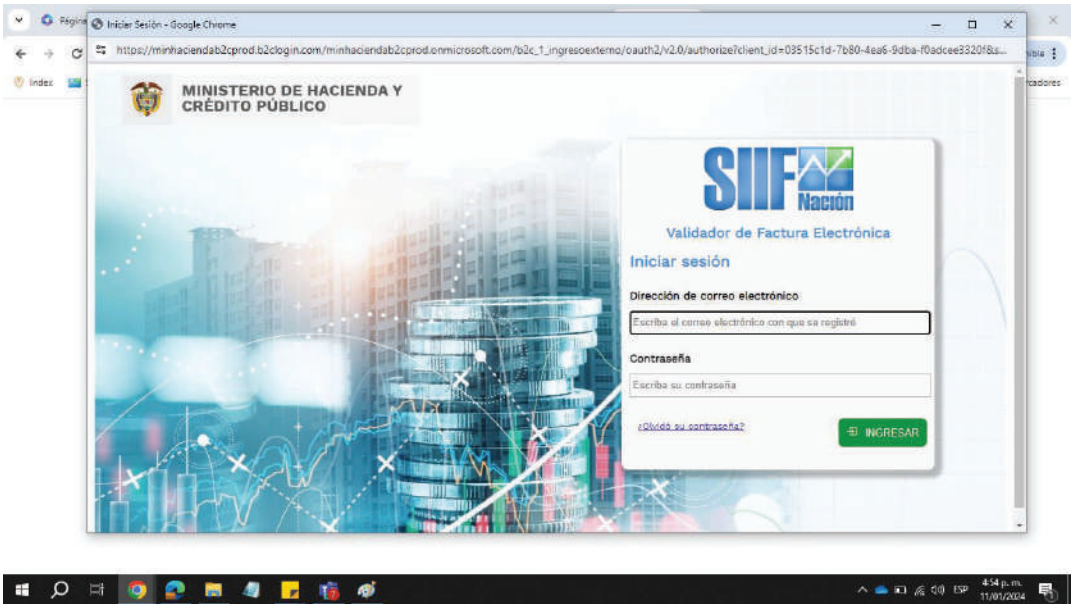




- Al momento de realizar el registro por parte del supervisor y le dé en la opción aceptar, el mismo arroja un mensaje en color verde, indicando que tiene acceso.



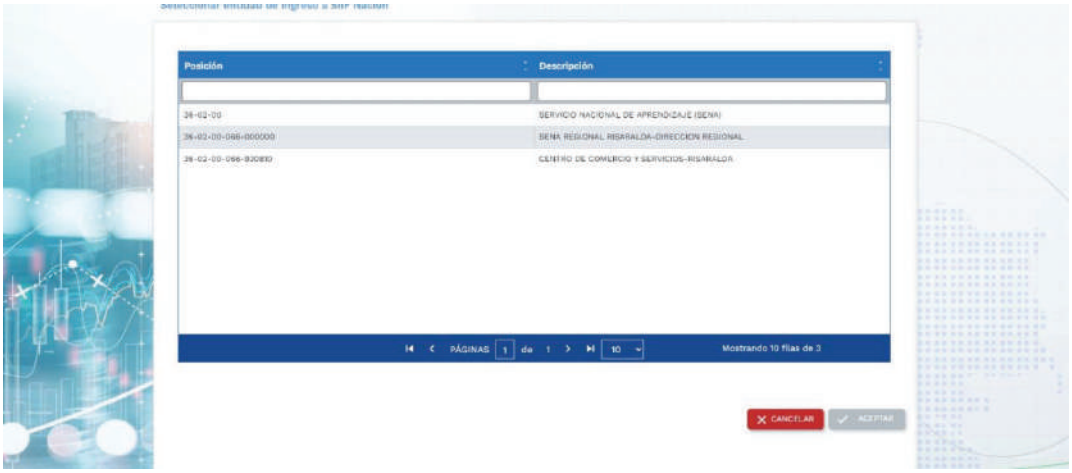
- Se recuerda que el correo es el institucional para ingreso ,una vez termine de realizar el registro volverá a ingresar al link https://validador.siifnacion.gov.co/auth/login y dará clic en la opción usuarios externos.



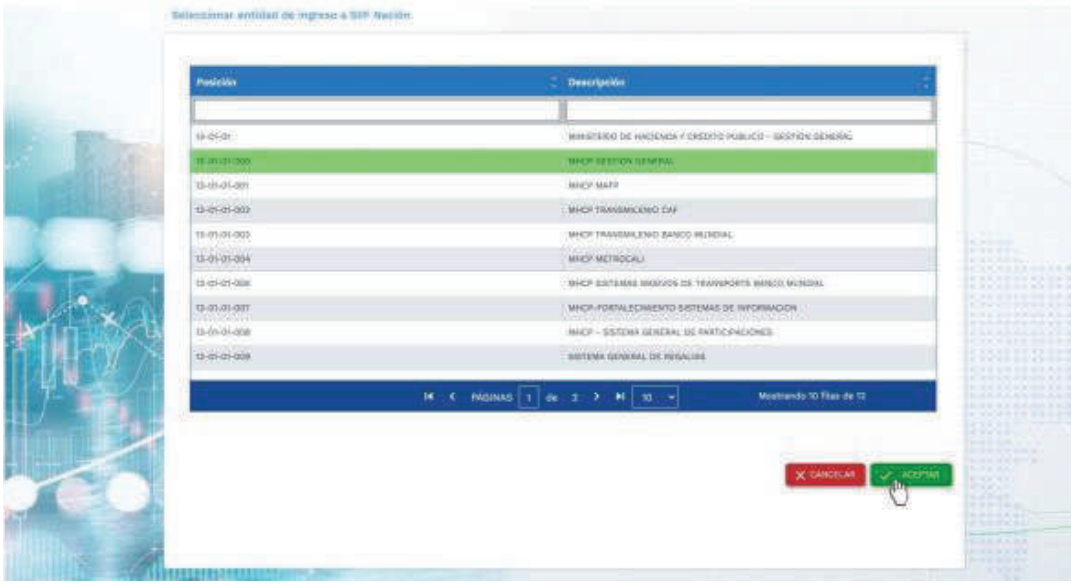


- Una vez escaneado el código QR, de clic en el botón continuar. Revise en su celular la aplicación Microsoft Authenticator, se debe haber adicionado su correo electrónico bajo el título Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

- Aceptados los términos y condiciones de uso, se muestra la lista de unidades y o subunidades ejecutoras que el área financiera que el SENA le asignó a su usuario.

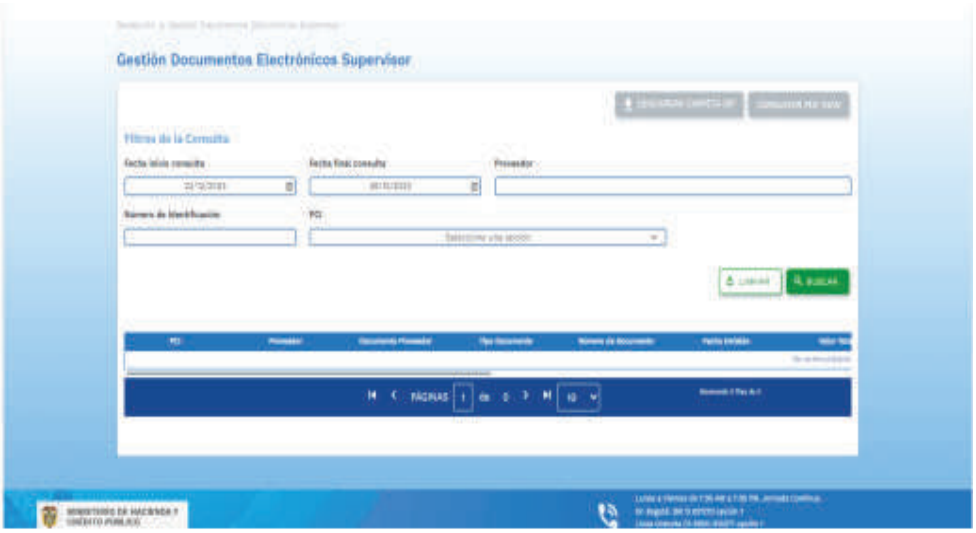


- Una vez seleccionada una unidad o subunidad, cambia el color de la fila seleccionada y se habilita el botón aceptar, para que dé clic sobre dicho botón y continuar el acceso.

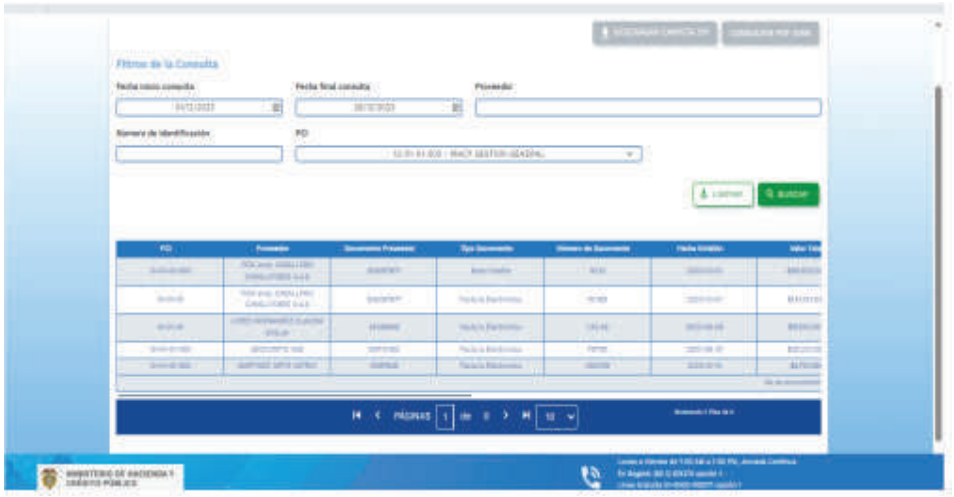


- Posteriormente ingresa al menú, seguirá la siguiente ruta: Sistema de Factura electrónica/REC -RECEPCIÓN/Gestionar Documentos Electrónicos.





- La fecha final de consulta es la fecha del sistema al momento del registro de la transacción (el usuario la puede modificar si lo requiere) - Seleccionar la PCI a consultar - Al dar Clic en el Botón “Buscar” le desplegará los documentos asignados en estado “Pendiente asignación estado” y relacionados al usuario que realiza la consulta dentro del rango de fechas definidas en la misma.

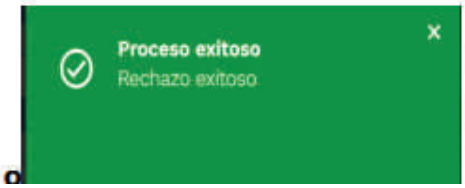


- Seleccione el documento a gestionar: El sistema le despliega la información extraída del documento XML, para que el supervisor realice las validaciones correspondientes frente al documento PDF de la factura de venta, para el registro de la aprobación o rechazo según el caso.



- Registre en el campo “Observación” el motivo de la aprobación o rechazo de la factura de venta. En caso de rechazar, seleccione el motivo de rechazo. - Dar clic en el botón correspondiente “aprobar” o “rechazar”





Por último, se anexa documento denominado: "Guía acceso Sistema Facturación Electrónica SIIF Nación", para tener en cuenta por parte del supervisor y realizar una gestión exitosa a partir de lo indicado desde la página 18. Cualquier inquietud remitir la consulta al correo: "Javier Alejandro Gonzalez Rozo" jalgonzalez@sena.edu.co.

Tenga en cuenta adicionalmente que es responsabilidad del supervisor de contrato, solicitar al grupo de presupuesto, la actualización de la información tributaria en el aplicativo SIIF Nación, de las personas naturales y/o jurídicas respecto de las cuales tenga a cargo la supervisión.

C) Profesional Contable

Cuando el profesional contable esté realizando el registro de la obligación en el aplicativo SIIF Nación deberá vincular la factura emitida por el contratista o proveedor, digitando el número de la factura electrónica en el campo correspondiente y la fecha del documento, de lo contrario el sistema le arrojará un mensaje el cual indica: " Es obligatorio asociar facturas electrónicas para el proceso de pago" y no podrá continuar con el registro de la cadena presupuestal en el aplicativo SIIF Nación.

Igualmente tenga presente que podrá registrar varias obligaciones afectando un mismo número de factura, hasta agotar totalmente el saldo dicha factura cargada en SIIF Nación, no puede quedar saldo alguno en dicha factura.

En caso de que se presenten diferencias de decimales entre el xml y la representación gráfica (pdf) de la factura, se deberá dar prioridad al archivo xml para efectos de realizar el registro de la cadena presupuestal, es decir se deberá obligar el valor que figura cargado en el aplicativo SIIF Nación, para no dejar saldos en el mismo.

Con el fin de obtener el detalle de recepción electrónico el profesional contable debe ingresar con usuario y contraseña al aplicativo SIIF Nación, ingresando al perfil Entidad - Central de cuentas por pagar - GESTION DE GASTOS (EPG) – Consultas – Detalle de recepción de documentos electrónicos, donde encontrarán los estados de las facturas electrónicas tales como: aceptadas, aceptadas tácitamente o en su defecto pendiente de asignación de estado. Esto permitirá al perfil contable, orientar a los supervisores de su Regional o Centro de Formación, respecto a la situación de las facturas emitidas por parte de los proveedores y/o contratistas obligados a facturar y enviadas a nuestra entidad para proceso de pago.

Por lo anterior, es necesario contar con el apoyo por parte de los profesionales de contabilidad de cada subunidad ejecutora, realizando continuamente las siguientes actividades:

- Generar la consulta denominada: Informe de detalle de recepción de documentos electrónicos, por el perfil central de cuentas por pagar, siguiendo la ruta: Gestión de gastos EPG/ consultas/detalle de recepción de documentos electrónicos, en el cual encontrarán el detalle por su PCI de las facturas pendientes de asociación. Este informe se genera de forma mensual, por ende, debe descargarlo por cada mes desde enero

hasta diciembre. Recuerde que dentro de esta consulta encontrará la opción con denominación para asociar en obligación/egresos CM: en esta parte deberá seleccionar las opciones SI y NO, es decir generará el reporte por ambas opciones.

- Modificar las obligaciones que en su momento registraron y respecto de las cuales por alguna circunstancia no hubiesen asociado las facturas electrónicas.

- Analizar y terminar de asociar los saldos que quedaron en las facturas electrónicas cuyo valor fue asociado parcialmente

- Para realizar la asociación de las facturas pendientes recuerde seguir la siguiente ruta: Por el perfil Central de CXP, ruta: EPG -OBLIGACIÓN -MODIFICAR OBLIGACIÓN - SELECCIONAR LA LUPA -MARCAR PAGADOS - LLAMAR NUMERO DE OBLIGACIÓN - SELECCIONAR LA LUPA - DAR CLIC EN LA OPCIÓN FACTURAS - ASIGNAR A LA OB PAGADA.

- Tenga en cuenta que el reporte generado por la opción SI corresponde a las facturas que realmente no se encuentran asociados a ninguna obligación presupuestal y el reporte por la opción NO refleja las facturas que se encuentran asociadas, pero que pueden estar vinculadas parcialmente, es decir que aún tengan saldos por asociar a la obligación presupuestal, caso en el cual será necesario establecer el origen del saldo y si da lugar solicitar la nota crédito al contratista o proveedor, para dar la cancelación del saldo vinculándola a una obligación en estado pagada siguiendo la ruta anteriormente indicada.

- En el caso de que no se encuentre pagada la obligación y no se haya lanzado la orden de pago presupuestal, seguir la misma ruta digitando de forma directa el número de obligación seleccionando la opción facturas, para luego asignarla.

Para el mes de enero de 2024 todas las facturas que ha diciembre 29 de 2023,no se percibieron en el aplicativo de OLIMPIA IT, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, realizó el cargue de estos documentos electrónicos en el aplicativo de SIIF NACIÓN , por lo cual se recomienda estar revisando el informe de detalle de recepción de documentos electrónicos de los periodos de diciembre del 2023 y enero 2024, donde encontrarán las facturas que en su momento estaban en pendientes de asignación de estado y pasaron a aceptadas tácitamente.

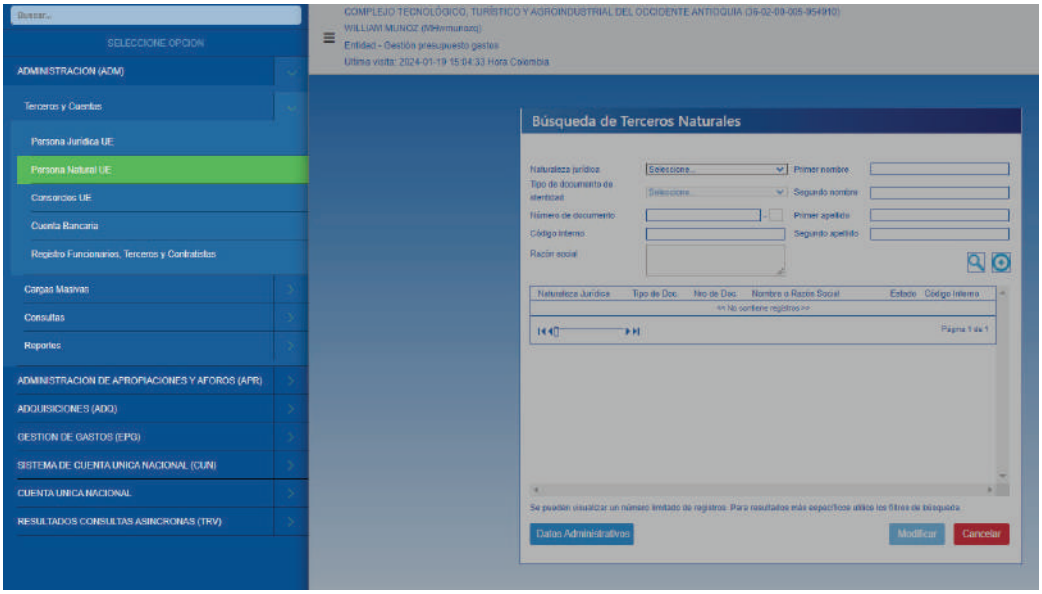
D) Profesional apoyo de presupuesto

El profesional de presupuesto realizará las actualizaciones de los terceros (proveedores y/o contratistas) en el sistema SIIF NACIÓN, especialmente en lo relacionado con la información tributaria, para garantizar que se obtenga la información en línea del RUT y en caso de que existan cambios de responsabilidad respecto a la obligación de facturar, estos queden actualizados en dicha plataforma y evitar posibles rechazos de facturas, cuando el tercero obligado expide una factura, pero en SIIF Nación no tiene vinculada dicha responsabilidad.

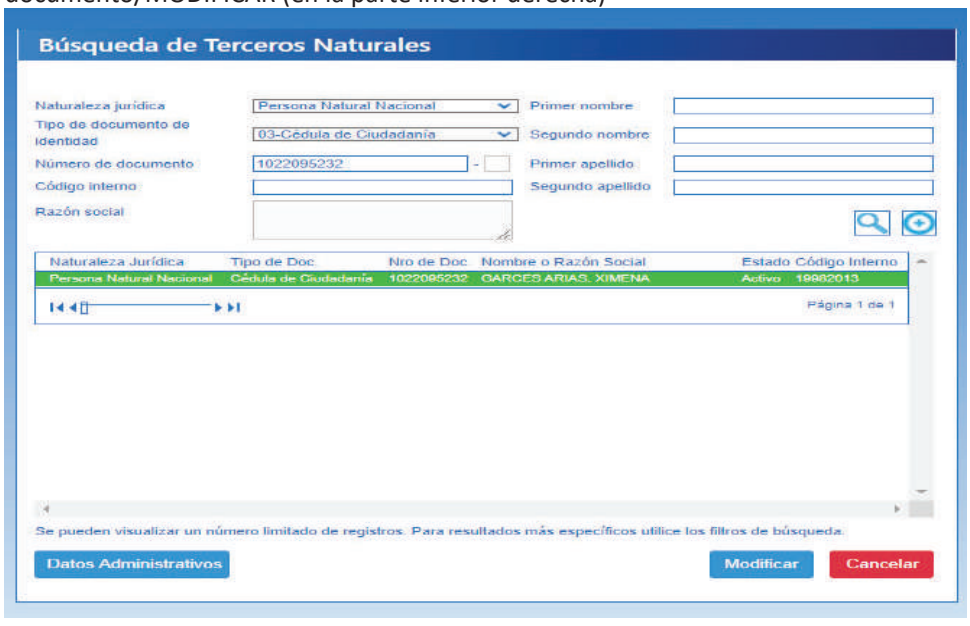
Para realizar la actualización de terceros, se debe seguir la siguiente ruta:

PERFIL: GESTIÓN PRESUPUESTO DE GASTO

RUTA: ADMINITRACIÓN (ADM)/TERCERO Y CUENTAS/PERSONA NATURAL UE Y/O PERSONA JURIDICA

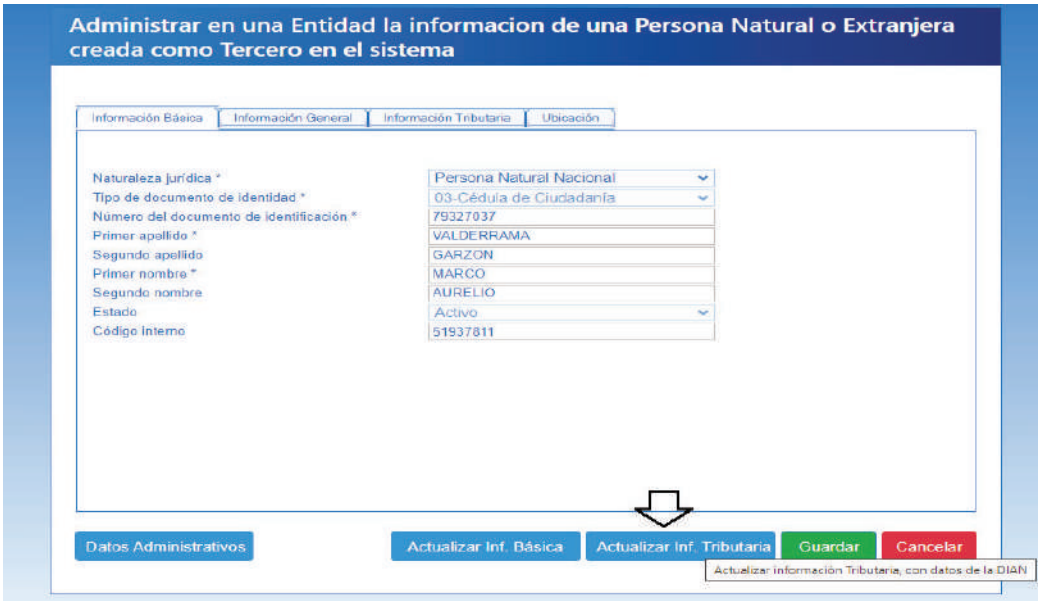


- Se diligencia la naturaleza jurídica – tipo de documento de identidad – número de documento/MODIFICAR (en la parte inferior derecha)

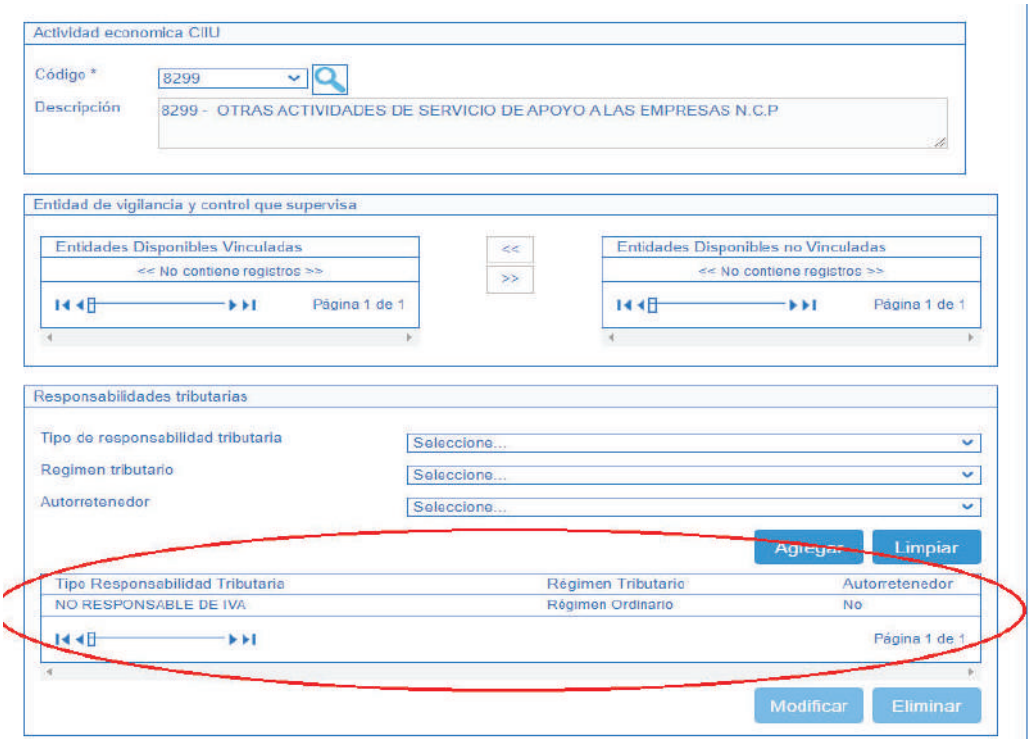


- Una vez se despliegue la pantalla con los datos del tercero Persona Natural y/o Jurídica,

se dará clic en la opción Actualización Inf. Tributaria y luego en la opción guardar



- Una vez el sistema arroje el mensaje a satisfacción de la actualización, repetir los pasos indicados anteriormente, para validar si fue actualizado el tercero, dirigiéndose a la opción información tributaria, en la cual encontrará la responsabilidad de este.



La presente circular deroga las circulares No 3-2021-00055,3-2021-000182 y parcialmente la circular 3-2023-00073, en lo que corresponde a recepción de factura electrónica.

Cordial saludo

Firmado digitalmente por DIANA GISELA JIMÉNEZ CUERVO
Fecha: 2024.01.25 11:55:52 -05'00'

DIANA GISELA JIMÉNEZ CUERVO
Directora Administrativa y Financiera

ANEXOS: "archivo Excel: catálogo Institucional Unidades y Sub-Unidades Ejecutoras SIIF Nación"
"archivo Excel: "Creación rol supervisores SIIF NACIÓN"
"archivo pdf: "Guía acceso Sistema Facturación Electrónica SIIF Nación"

Proyectó: Javier Alejandro Gonzalez Rozo – Profesional Grupo de Contabilidad

Sandra Viviana Sastoque Sánchez – Profesional Grupo de Contabilidad

Aprobó: Juan Carlos Casallas Sánchez- Coordinador Grupo de Contabilidad

GUÍA ACCESO AL SISTEMA DE FACTURACION ELECTRONICA DEL SIIF NACION VALIDADOR DE FACTURA ELECTRÓNICA - VFE

TABLA DE CONTENIDO

1 OBJETIVO 3

2 DOCUMENTOS RELACIONADOS 3

3 CÓMO ACCEDER AL SISTEMA DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA DEL SIIF NACIÓN.... 3

3.1 ACCESO PARA USUARIOS DEL MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO. 5

3.2 ACCESO PARA USUARIOS DE OTRAS ENTIDADES 18

3.2.1 Paso uno: Registrarse 18

3.2.2 Paso dos: Instalar el software autenticador 22

3.2.3 Paso tres: Cambiar contraseña inicial y configuración del segundo factor de autenticación. ...23

3.2.4 Paso cuatro: Ingresar al sistema 30

3.2.5 ¿Olvidó su contraseña? 38

4 HISTORIAL DE CAMBIOS 45

1 OBJETIVO

Explicar cómo acceder al Sistema de Facturación Electrónica del SIIF Nación, tanto para usuarios del Ministerio de Hacienda y Crédito Público como de otras entidades usuarias del SIIF Nación.

2 DOCUMENTOS RELACIONADOS

Guías en formato de video: Ir a videos.

3 CÓMO ACCEDER AL SISTEMA DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA DEL SIIF NACIÓN

Para acceder al Sistema de Facturación Electrónica del SIIF Nación, Validador de Factura Electrónica, sea como supervisor de contratos o gestor de documentos o parametrizador, y se encuentra autorizado por el área financiera de su entidad para ser usuario de este sistema, puede hacerlo de la siguiente manera:

- Ingrese a la página web del Ministerio de Hacienda www.minhacienda.gov.
- Luego ubique y de clic en el menú superior la opción entidades del orden nacional.



- Luego, ubique y de clic al lado izquierdo en SIIF Sistema Integrado de Información Financiera.



Ahora en la página ubique y de clic al lado izquierdo en **Usuario Supervisor Aprobación Factura Electrónica.**



De esta manera se muestra la página de inicio de este sistema.



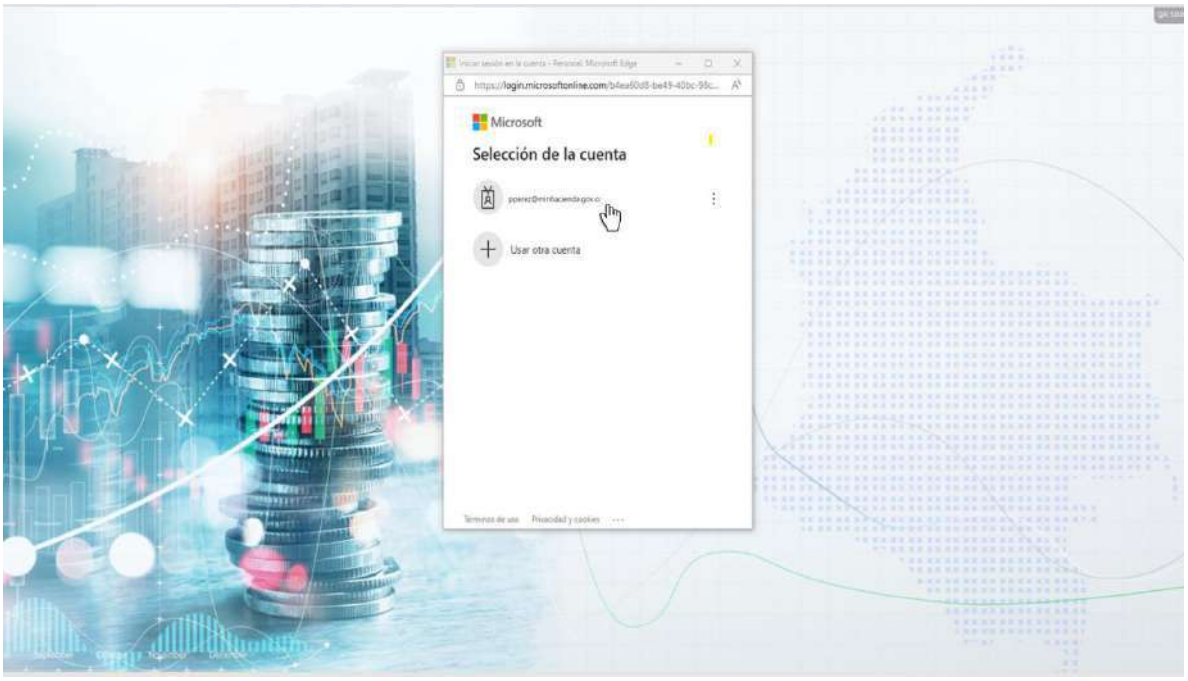
3.1 ACCESO PARA USUARIOS DEL MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO.

Como usuario del Ministerio de Hacienda, estando en la pantalla de inicio del Sistema de Facturación Electrónica del SIIF Nación, Validador de Factura Electrónica, seleccionar la opción de usuario interno.

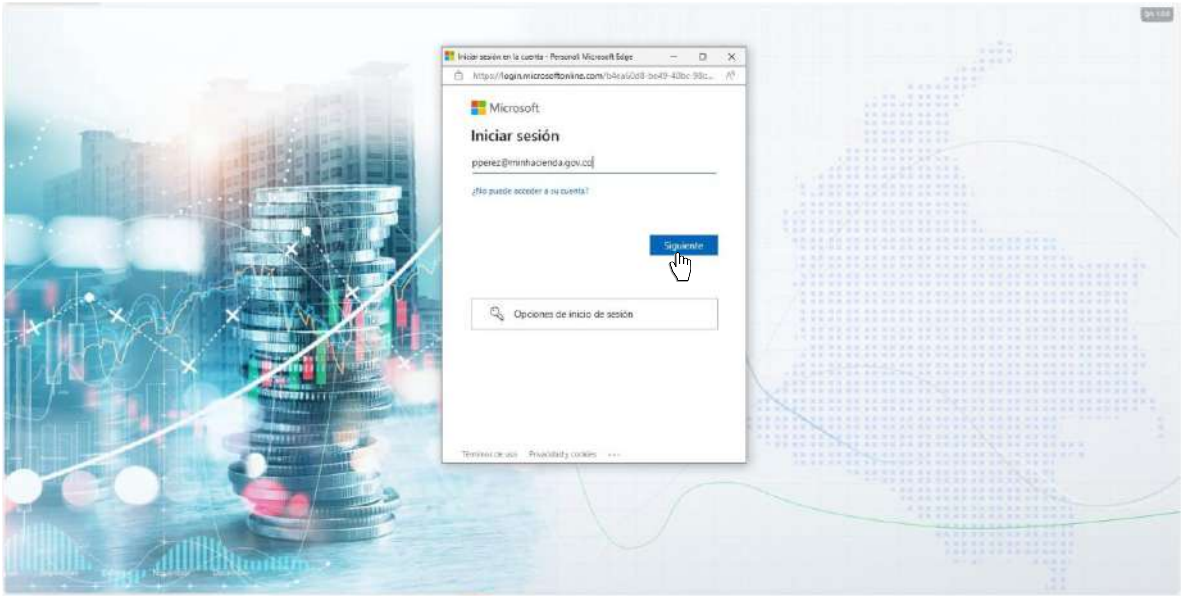


Los pasos que se muestran a continuación pueden variar dependiendo de cómo su usuario ingresa a las aplicaciones de Microsoft o si ha iniciado previamente sesión en alguna de esas aplicaciones.

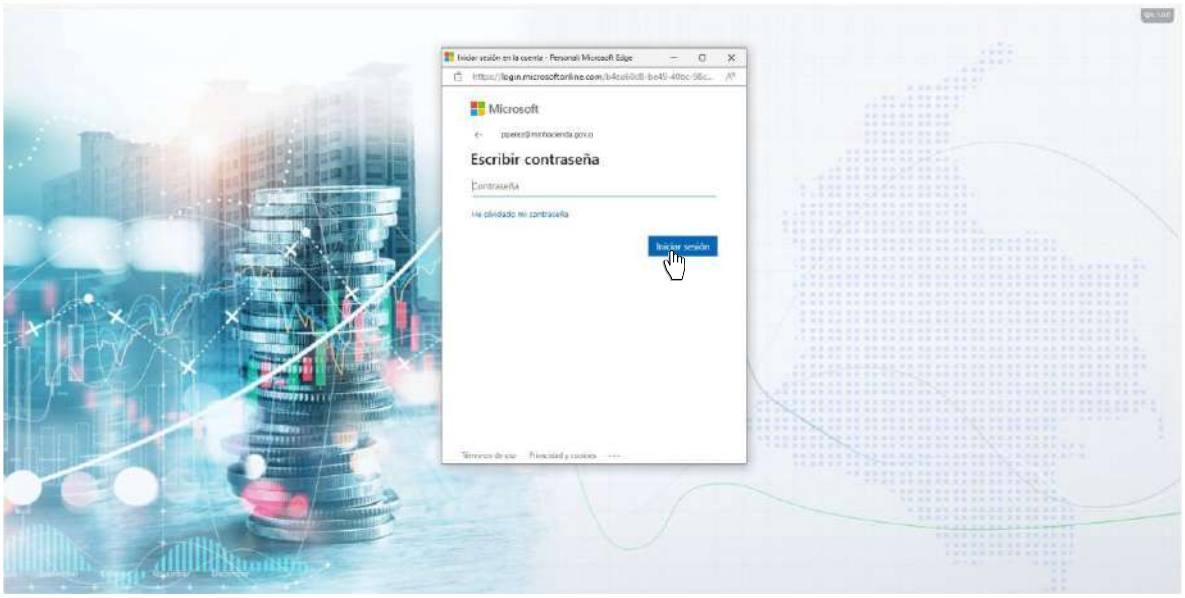
En este ejemplo, en primera instancia se muestra una pantalla para que seleccione su cuenta del Ministerio de Hacienda, dando clic sobre el nombre de dicha cuenta.



Si se solicita su dirección de correo electrónico, escriba el ***correo corto*** como se muestra en el ejemplo, y de clic en siguiente.

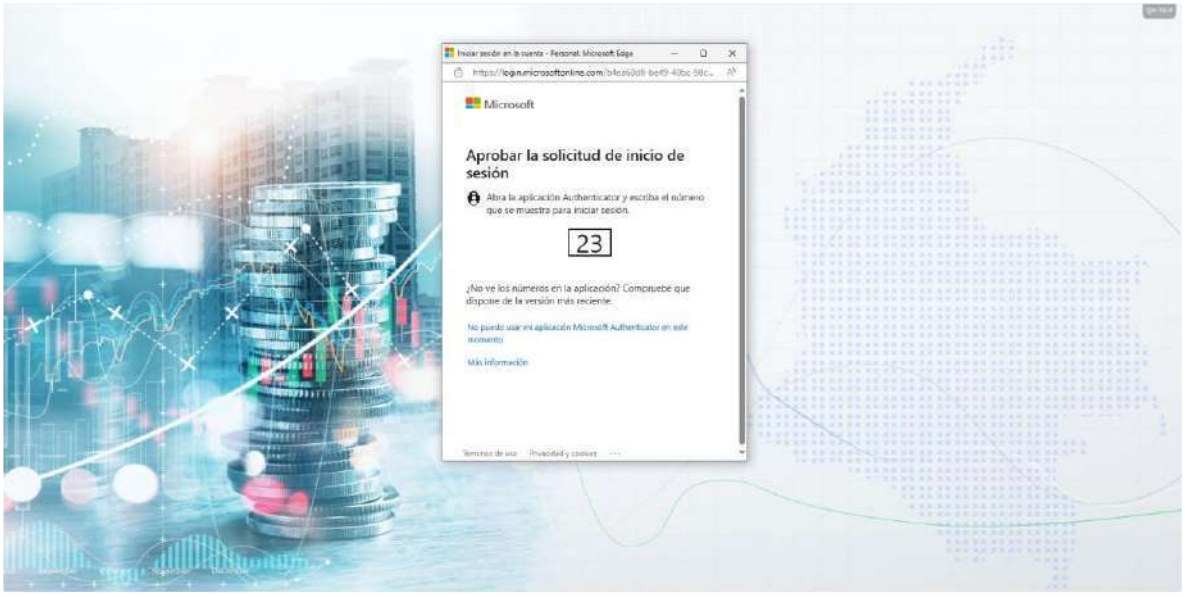


Si solicita su contraseña, escriba la misma contraseña que utiliza para acceder a su computador, y de clic en iniciar sesión.

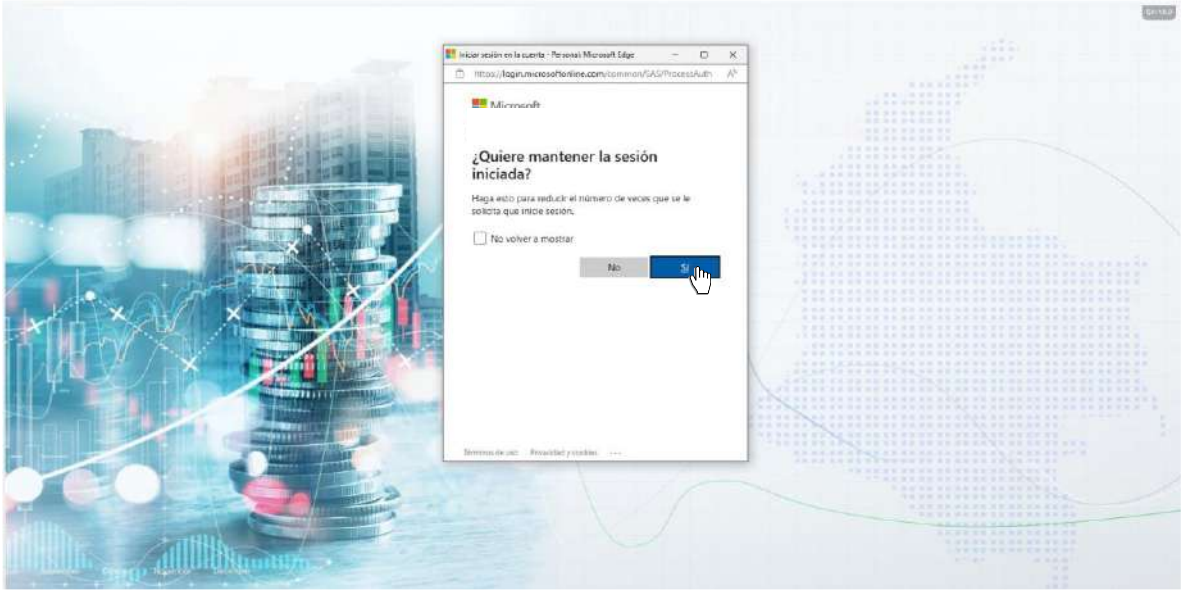


De la misma manera, si ha configurado otro método adicional de autenticación, utilícelo.

En este ejemplo se solicita el uso de una autorización en su celular que se muestra para que escriba ese número.



En caso de preguntarse si quiere mantener la sesión iniciada, seleccionar Si.



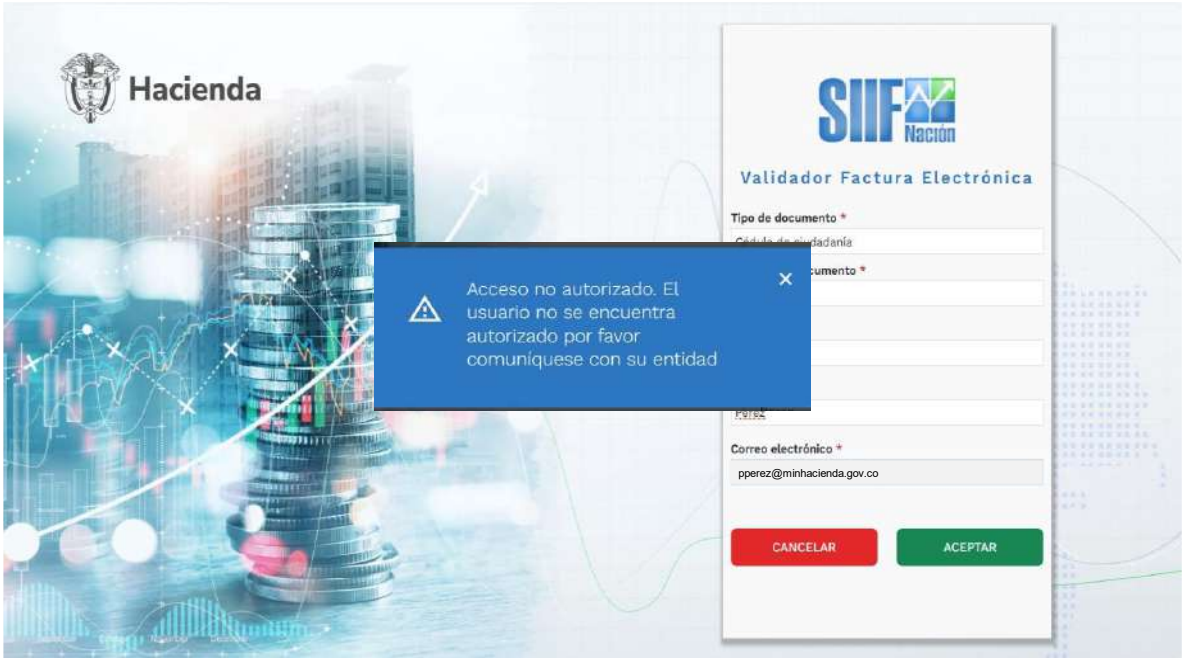
Si es la primera vez que ingresa a este sistema, se le solicitará que se registre, indicando su tipo y número de documento y nombres, el sistema

automáticamente asigna, sin posibilidad de modificarlo, el correo electrónico utilizado al comienzo al campo del correo electrónico.

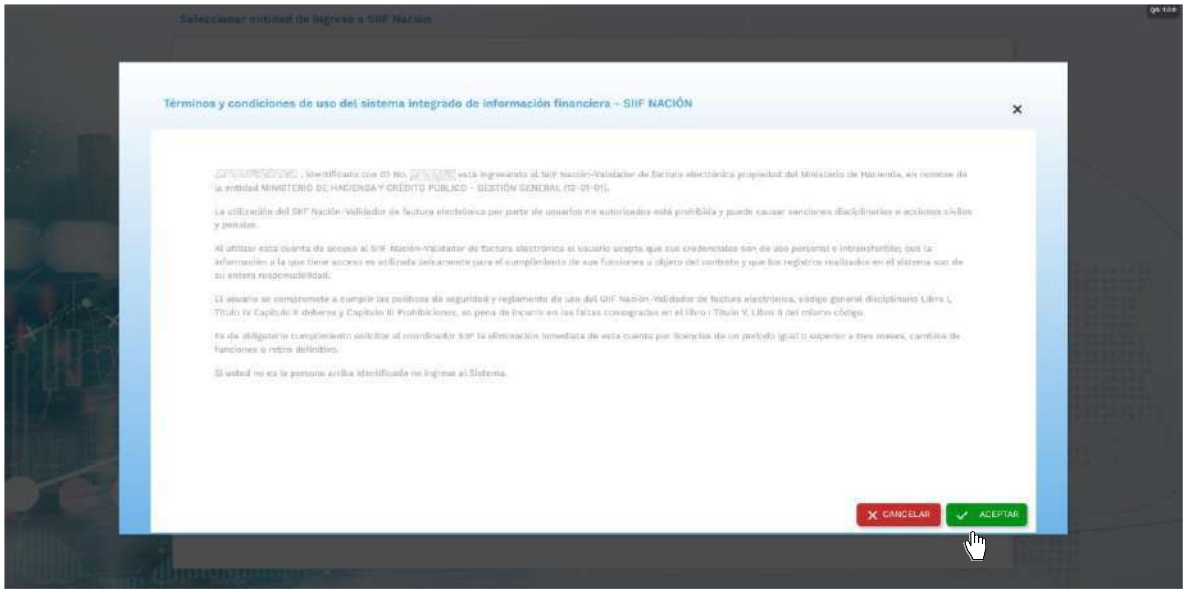
Diligencie los datos solicitados, y de clic en el botón aceptar.



Si sus datos de tipo y número de documento junto con el correo electrónico han sido previamente autorizados por el área financiera, podrá continuar el proceso de acceso al sistema, en otro caso se le muestra el siguiente mensaje, para cerrar el mensaje de clic en la x de la esquina superior derecha del mensaje, y contacte el área financiera de su entidad para validar que esté autorizado.

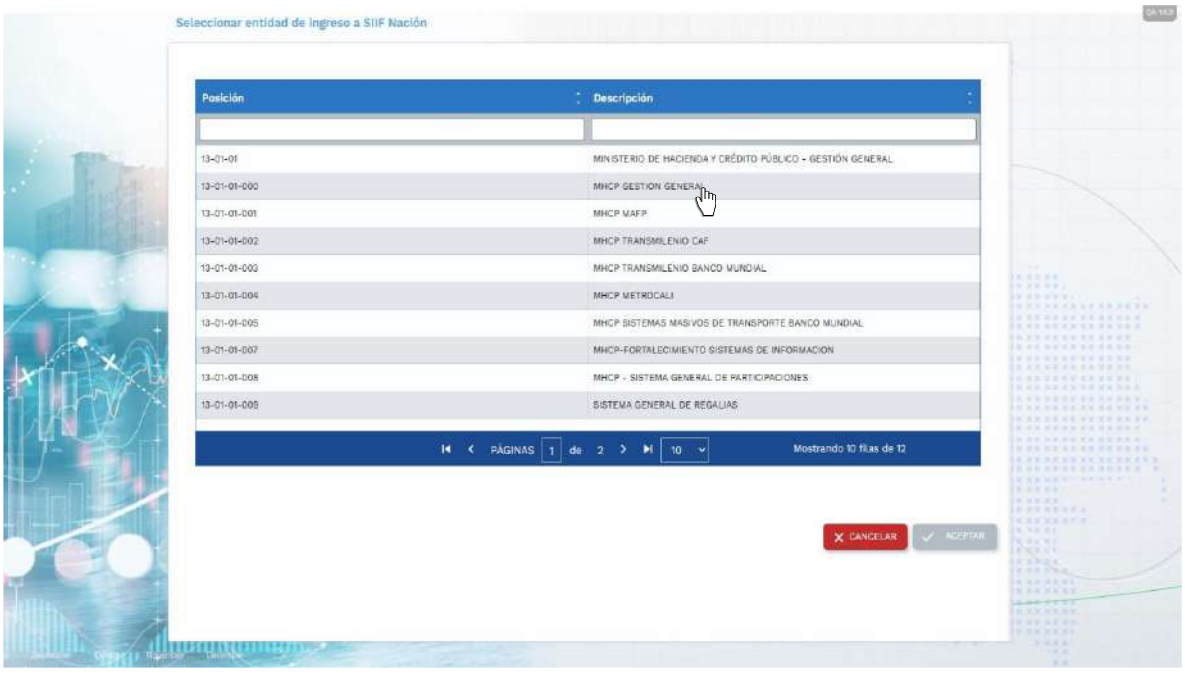


Si está autorizado se muestra los términos y condiciones de uso del sistema, una vez se le de lectura, puede cancelar o aceptar seleccionando, dando clic en el respectivo botón que se muestra al final de los términos.



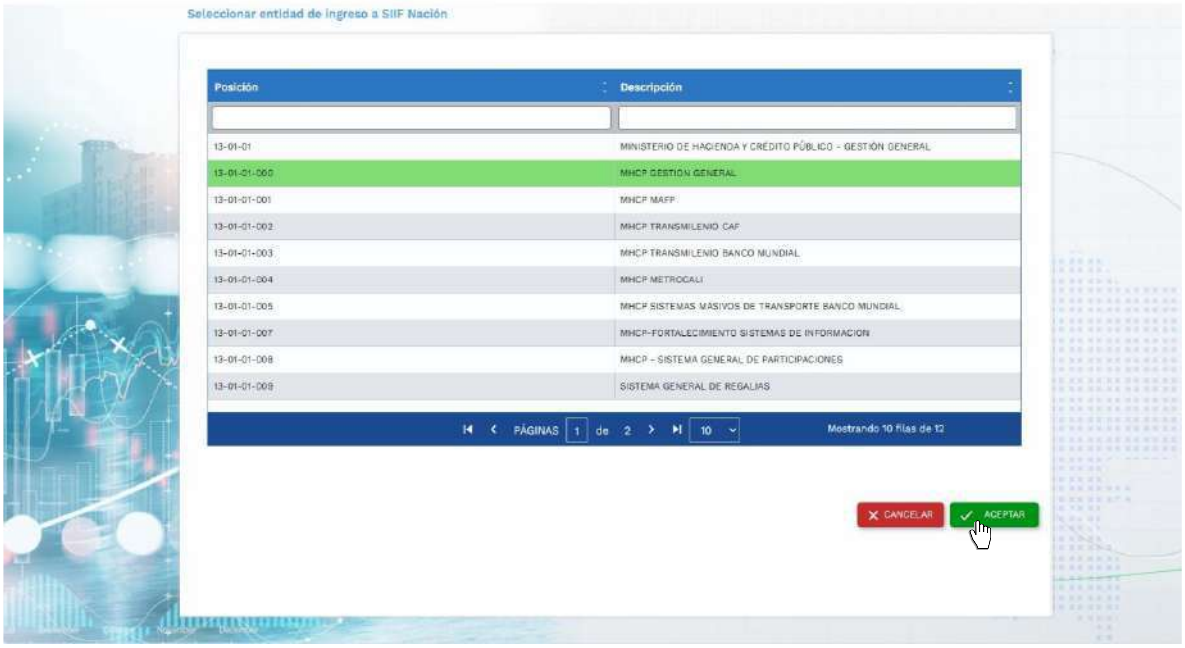
Una vez aceptados los términos y condiciones de uso, se muestra la lista de unidades y o subunidades ejecutoras que el área financiera de su entidad le asignó a su usuario.

En caso de tener preguntas sobre esta lista, contacte el área financiera de su entidad.



Seleccione una de las unidades o subunidades ejecutoras de la lista dando clic sobre la fila de una de estas.

Una vez seleccionada una unidad o subunidad, cambia el color de la fila seleccionada y se habilita el botón aceptar, para que de clic sobre dicho botón para continuar el acceso.



De esta manera se muestra la pantalla del menú inicial del sistema.

Se muestra en la parte superior de esa pantalla, al lado izquierdo la fecha y hora del anterior acceso al sistema, al lado derecho el código y nombre de la unidad o subunidad ejecutora seleccionada al ingresar al sistema, y un ícono que se explica más adelante.



Para ver las opciones del menú permitidas a su usuario, de clic sobre el extremo superior izquierdo de esta pantalla. Si vuelve a dar clic sobre esa opción deja de mostrarse el menú.



Se muestra el submenú según las opciones permitidas a su usuario. En caso de tener preguntas sobre las opciones permitidas a su usuario, contacte el área financiera de su entidad.

Para que se muestren las opciones de cualquiera de los submenús, de clic sobre su nombre.



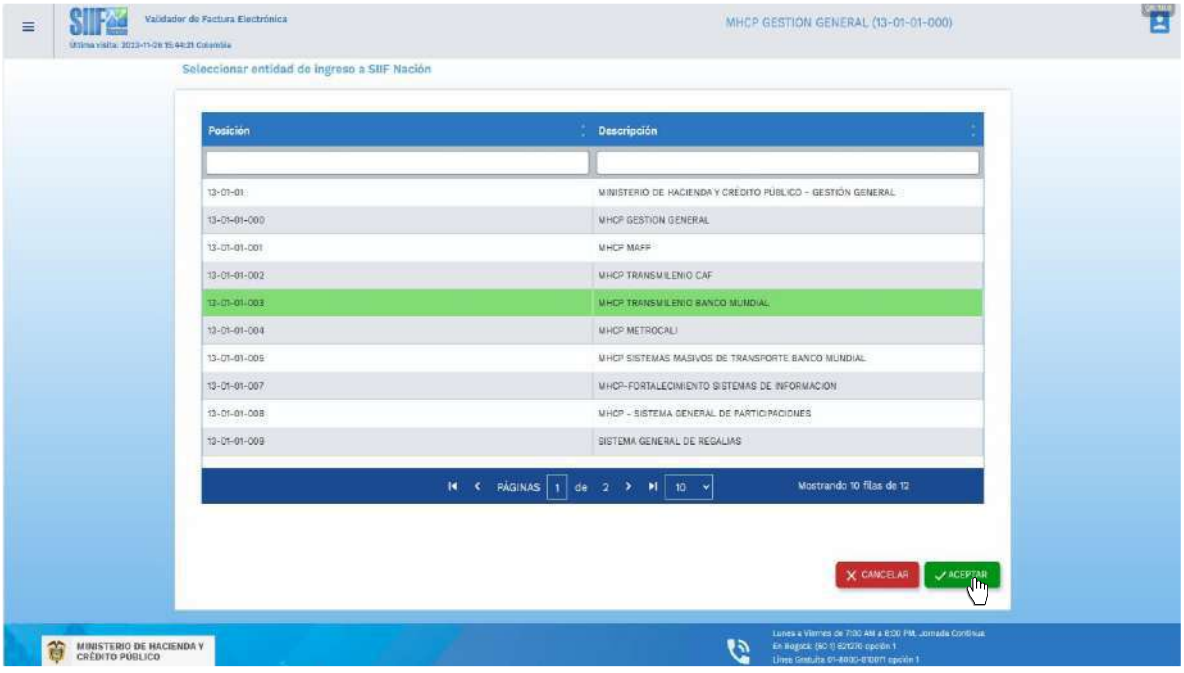
Así mismo, de clic sobre el nombre de una de las opciones para ingresar a esa opción.



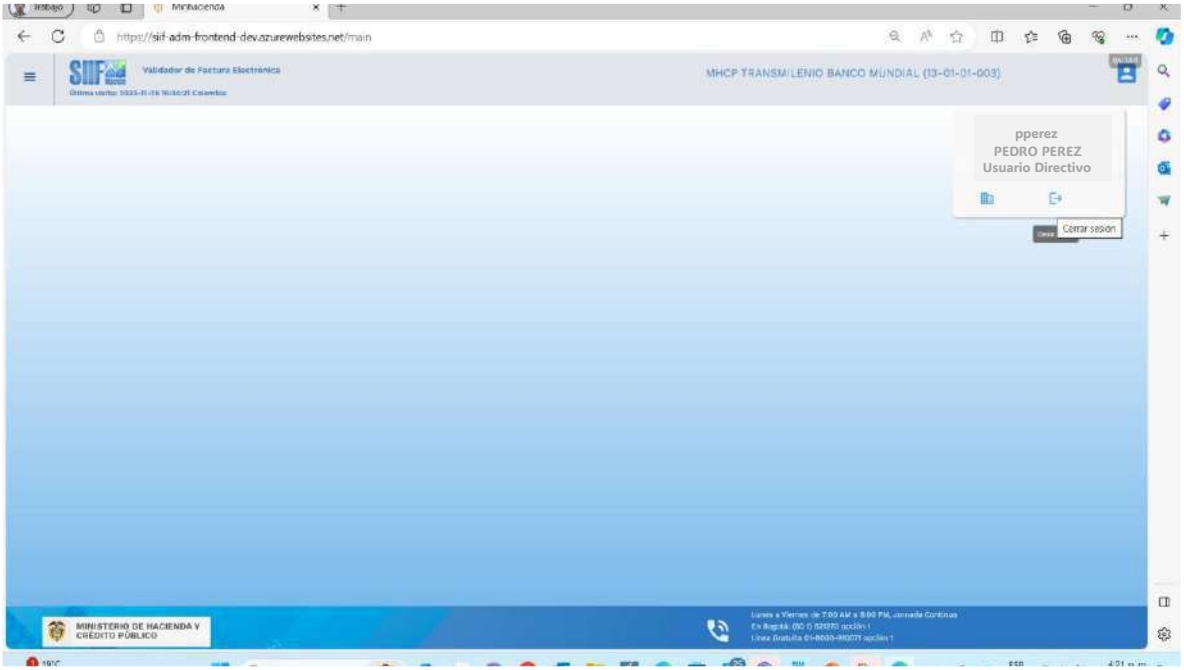
Como se mencionó anteriormente, en la parte superior derecha de esta pantalla se muestra un ícono, sobre al cual dar clic, se muestra los datos de su usuario, nombres y apellidos, tipo de usuario, esto último dependiendo de si su usuario tiene asignado varias unidades o subunidades para seleccionar al inicio del sistema o solo una.



Adicionalmente, se muestra dos opciones, la de la izquierda le permite si tiene varias cambiar de unidad o subunidad sin necesidad de volver a ingresar al sistema, en este caso se le mostrará de nuevo la lista para que si así lo requiere seleccione una de estas y de clic en el botón aceptar para cambiar.



Para salir del sistema utilice la otra opción que se muestra a la derecha.



3.2 ACCESO PARA USUARIOS DE OTRAS ENTIDADES

Los usuarios de entidades diferentes al Ministerio de Hacienda para ingresar por primera vez al Sistema de Facturación Electrónica del SIIF Nación, Validador de Factura Electrónica, deben registrarse antes y adicionalmente cambiar la contraseña inicial y configurar el segundo factor de autenticación.

3.2.1 Paso uno: Registrarse

En la pantalla de inicio del Sistema de Facturación Electrónica del SIIF Nación, Validador de Factura Electrónica, seleccionar la opción Registrarse.



Para esto, se solicita su tipo y número de documento, nombres, apellidos y la dirección de correo electrónico.



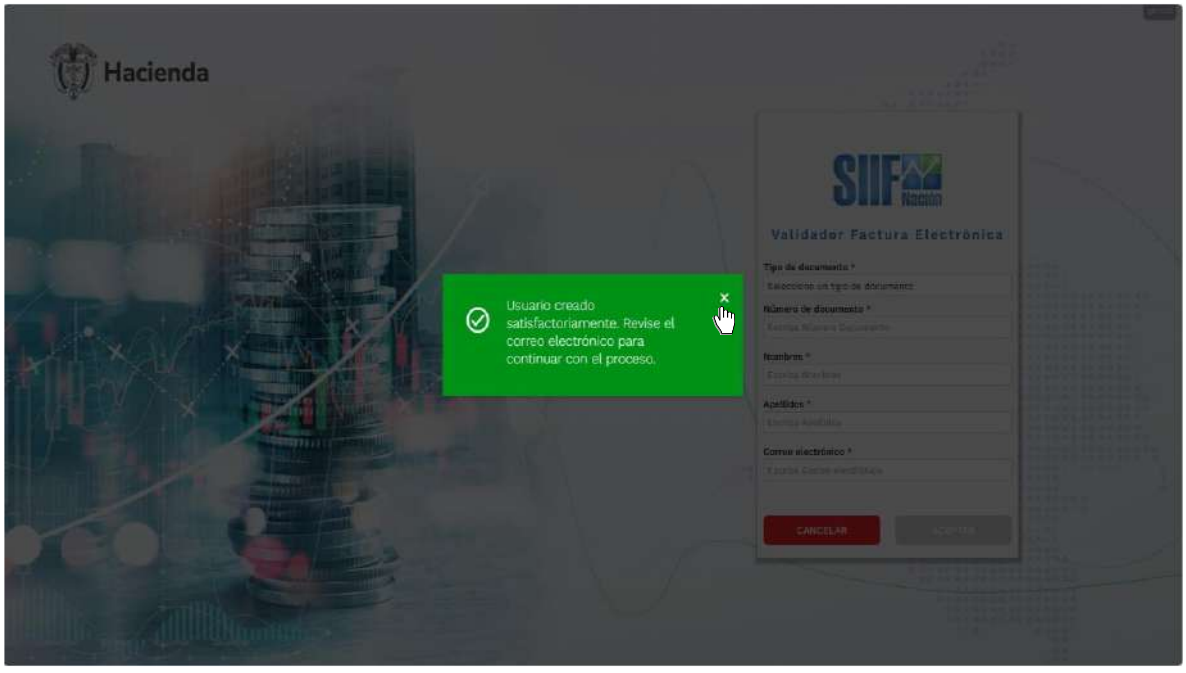
Diligencie los datos solicitados, y de clic en el botón aceptar.



Si sus datos de tipo y número de documento junto con el correo electrónico han sido previamente autorizados por el área financiera, podrá continuar el proceso de acceso al sistema, en otro caso se le muestra el siguiente mensaje, para cerrar el mensaje de clic en la x de la esquina superior derecha del mensaje, y contacte el área financiera de su entidad para validar que esté autorizado.



Si está autorizado se muestra un mensaje confirmando la creación de su usuario en el sistema y le informa que se le envió correo electrónico para posteriormente continuar el proceso de ingreso al sistema. Para cerrar el mensaje de clic en la x de la esquina superior derecha del mensaje.



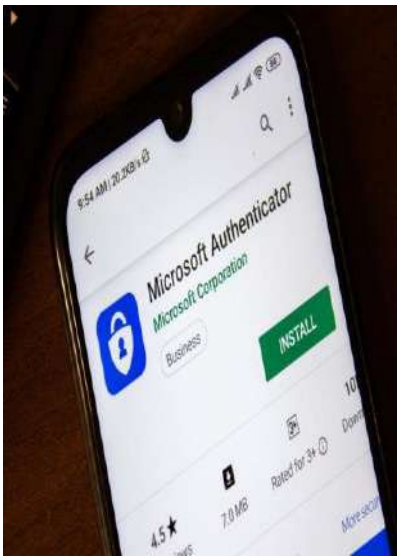
El sistema vuelve a mostrar la página de registro, para volver a la página de inicio de acceso al sistema de clic en el botón cancelar.

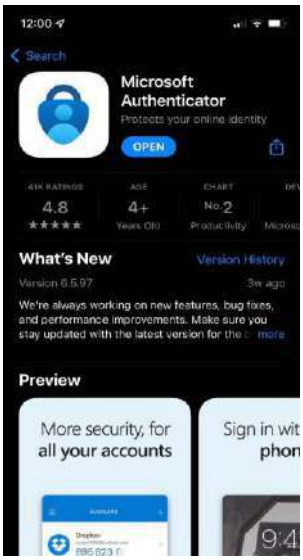


3.2.2 Paso dos: Instalar el software autenticador

Para ingresar al Sistema de Facturación electrónica del SIIF Nación, Validador de factura electrónica, se hace necesario utilizar la aplicación Microsoft Authenticator para la generación de códigos de un solo uso.

Para esto se debe instalar en su celular desde la tienda de aplicaciones de Apple o de Google, la aplicación Microsoft Authenticator.





Una vez instalada, esta aplicación la va a necesitar como se explica más adelante para vincular su celular con el Sistema.

3.2.3 Paso tres: Cambiar contraseña inicial y configuración del segundo factor de autenticación.

Una vez realizados los pasos anteriores, puede ingresar al sistema para realizar el cambio de la primera contraseña y configurar en su celular la generación de los códigos de un solo uso.

Para esto, estando en la página de inicio del sistema de clic en la opción usuario externo.



Se muestra una pantalla para que escriba su correo electrónico y contraseña, para conocer la contraseña inicial, como se indicó en el paso uno, consulte la bandeja de entrada de su correo electrónico.

En este ejemplo, se muestra a la derecha el correo electrónico generado por el sistema.

Copie la contraseña recibida en 8el correo y pegue la contraseña donde se solicita.

Luego de clic en el botón Ingresar.



Ahora, debe cambiar la contraseña enviada por correo electrónico por una nueva.

Escriba en el campo contraseña la recibida en el correo electrónico.



Luego escriba una nueva contraseña y confírmela.

Cuando esté escribiendo la nueva contraseña, el sistema le muestra los requisitos que debe tener la contraseña, téngalos en cuenta.

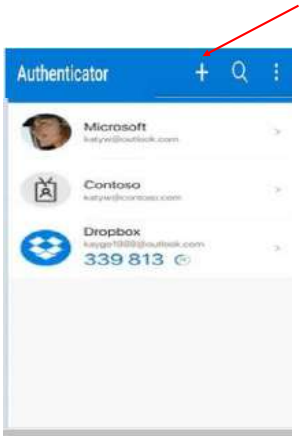
Una vez escriba y confirme la contraseña que cumpla los requisitos, de clic en el botón continuar.



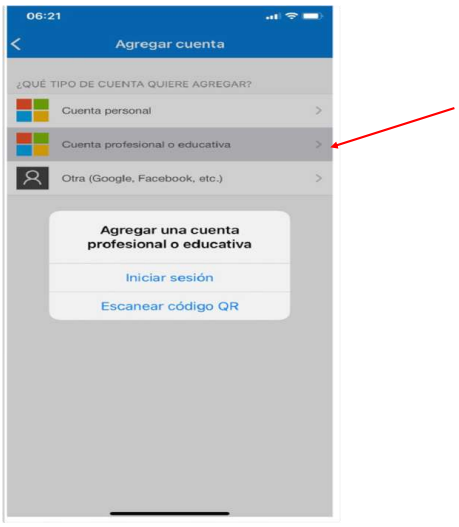
Una vez escriba y confirme la contraseña que cumpla los requisitos, de clic en el botón continuar.



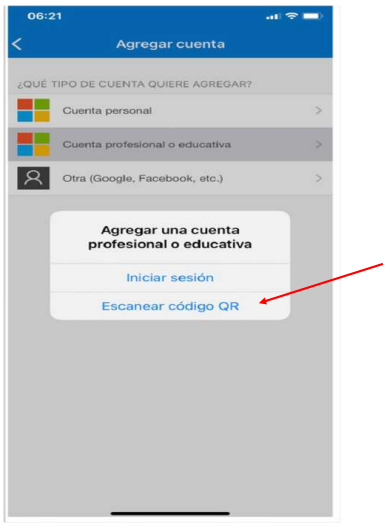
Ahora, en su celular abra la aplicación **Microsoft Authenticator** y haga clic en el signo más que se encuentra en la parte superior a la derecha.



seleccione "Cuenta profesional o educativa"



Luego seleccione la opción Escanear Código QR

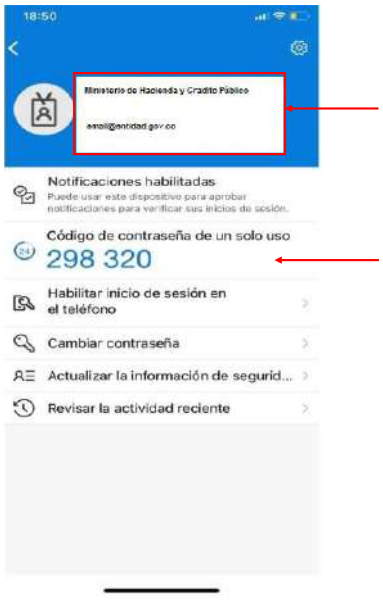


ADVERTENCIA:



Una vez escaneado el código QR, de clic en el botón continuar.

Revise en su celular Microsoft Authenticator, se debe haber adicionado su correo electrónico bajo el título Ministerio de Hacienda y Crédito Público.



Esta cuenta debe mantenerla en su celular.
cada vez que ingrese al sistema se le solicitará el código de contraseña de un solo uso.
Si pierde el celular instale en el nuevo Microsoft Authenticator y verifique si recupera la cuenta.

Si no recupera la cuenta o la elimina comuníquese con la línea de soporte del SIIF Nación.

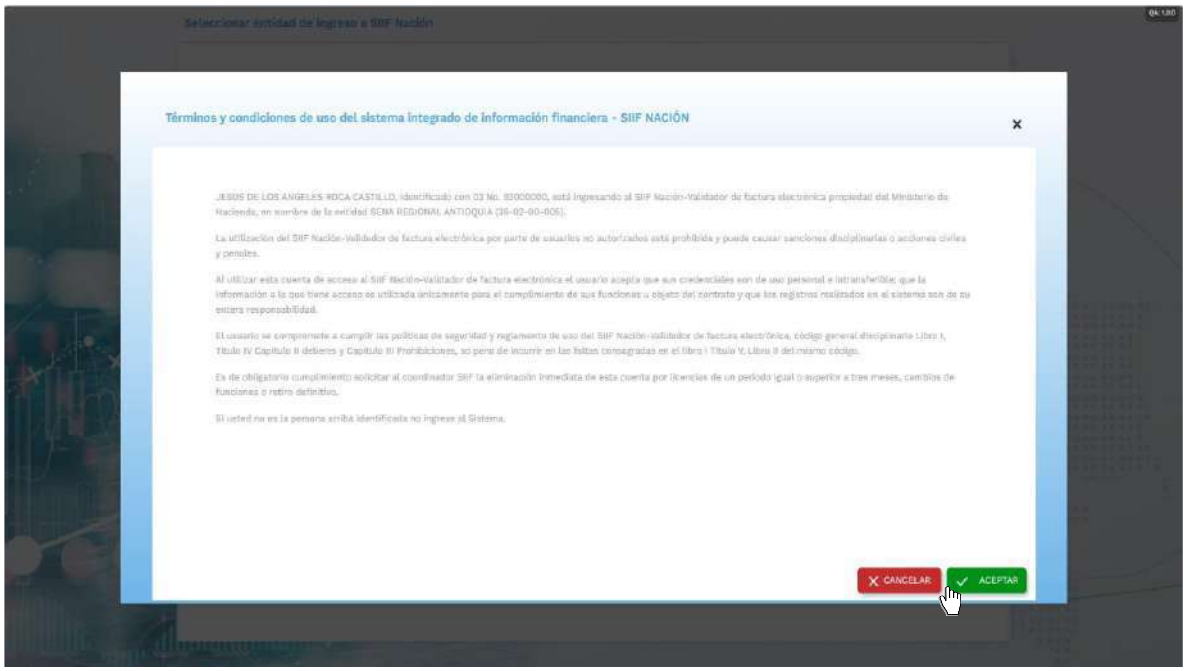
3.2.4 Paso cuatro: Ingresar al sistema

Tanto para el primer ingreso al sistema como para los siguientes, adicional a solicitar la contraseña, el sistema le solicita que escriba el código de un solo uso que se muestra en el **Microsoft Authenticator.**

Escríbalo y de clic en el botón comprobar.



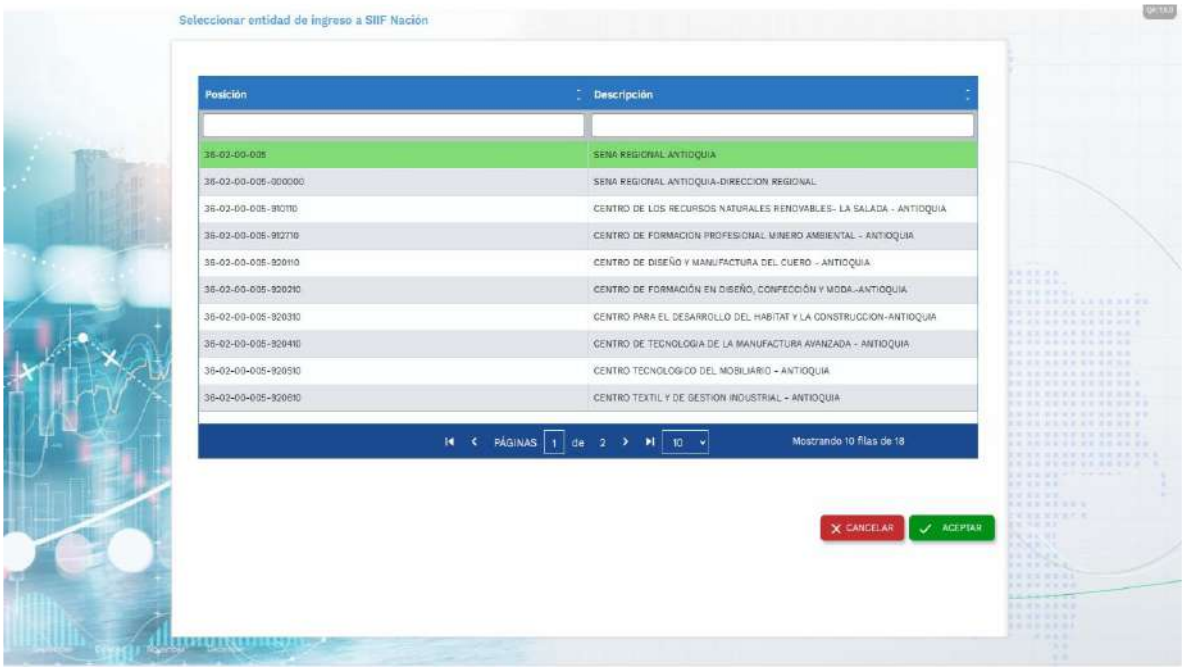
Se muestran los términos y condiciones de uso del sistema, una vez se le de lectura, puede cancelar o aceptar, dando clic en el respectivo botón que se muestra al final de los términos.



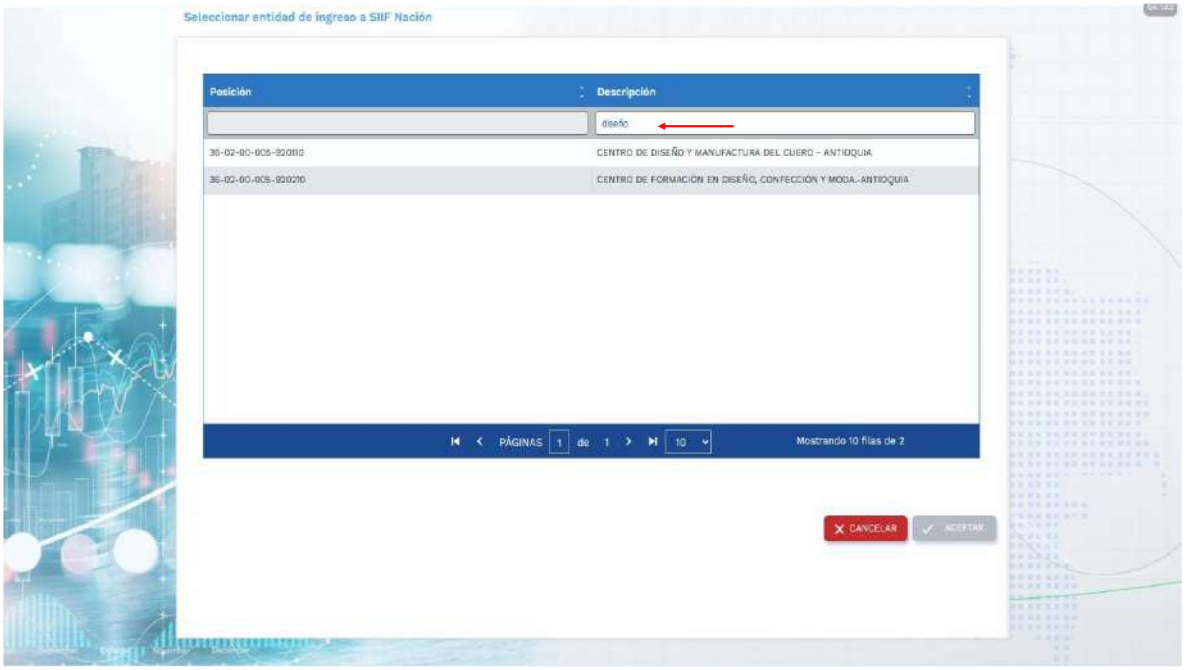
Una vez aceptados los términos y condiciones de uso, se muestra la lista de unidades y o subunidades ejecutoras que el área financiera de su entidad le asignó a su usuario.

En caso de tener preguntas sobre esta lista, contacte el área financiera de su entidad.

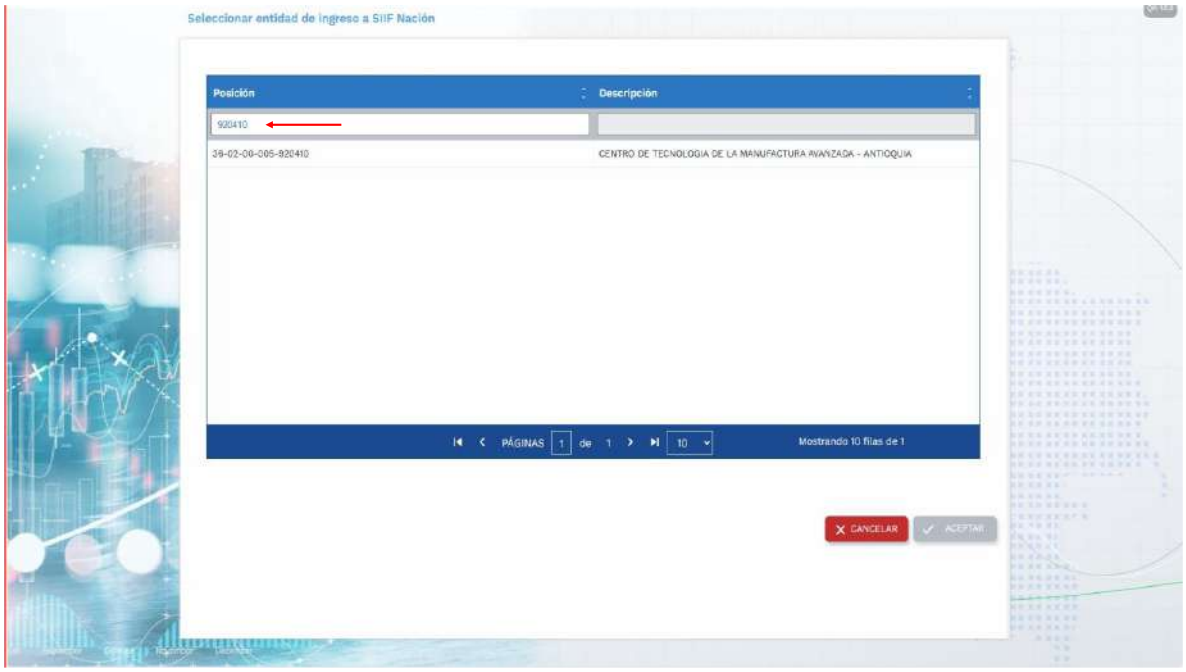
Una vez seleccionada una unidad o subunidad, cambia el color de la fila seleccionada y se habilita el botón aceptar, para que dé clic sobre dicho botón para continuar el acceso.



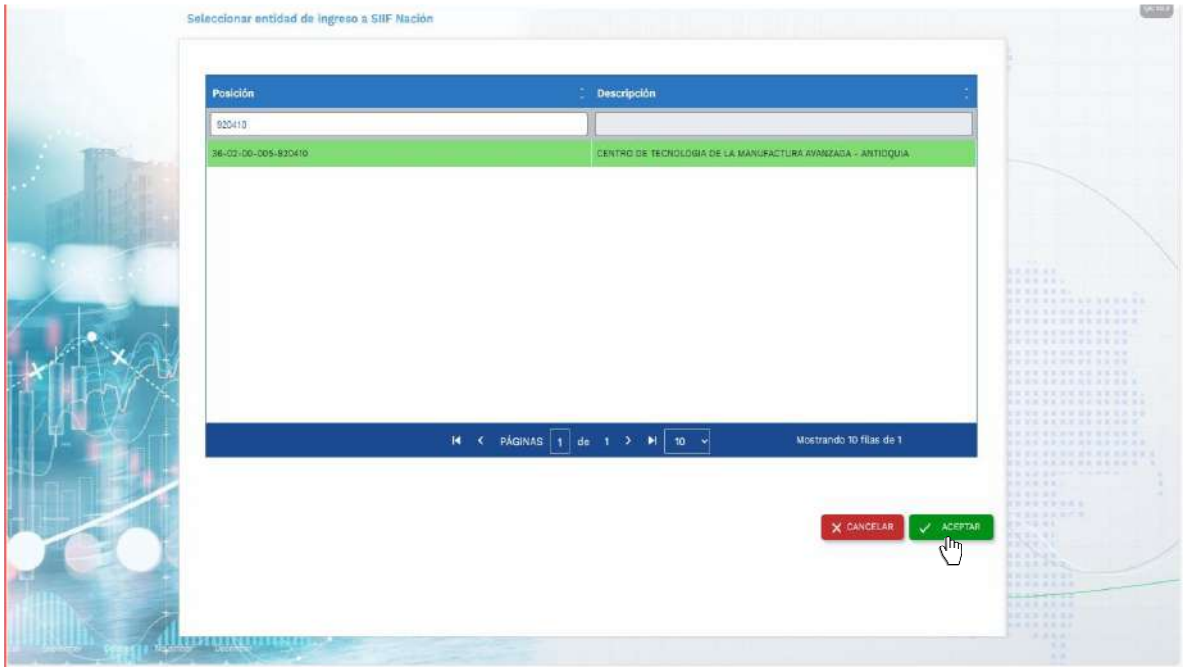
Si la lista de unidades o subunidades de ámbito es larga, puede usar la facilidad de búsqueda escribiendo un texto debajo del título descripción, como se muestra en este ejemplo al escribir diseño se mostrar la lista que tengan como parte de la descripción la palabra diseño.



En este otro ejemplo, se utiliza el filtro debajo del título posición, para escribir un texto con el código o parte de este para ubicar las filas que cumplen este criterio.



Una vez seleccionada una unidad o subunidad, cambia el color de la fila seleccionada y se habilita el botón aceptar, para que dé clic sobre dicho botón para continuar el acceso.



De esta manera se muestra la pantalla del menú inicial del sistema.

Se muestra en la parte superior de esa pantalla, al lado izquierdo la fecha y hora del anterior acceso al sistema, al lado derecho el código y nombre de la unidad o subunidad ejecutora seleccionada al ingresar al sistema, y un ícono que se explica más adelante.



Para ver las opciones del menú permitidas a su usuario, de clic sobre el extremo superior izquierdo de esta pantalla. Si vuelve a dar clic sobre esa opción deja de mostrarse el menú.

Para ver las opciones del menú permitidas a su usuario, de clic sobre el extremo superior izquierdo de esta pantalla. Si vuelve a dar clic sobre esa opción deja de mostrarse el menú.

Se muestra el submenú según las opciones permitidas a su usuario. En caso de tener preguntas sobre las opciones permitidas a su usuario, contacte el área financiera de su entidad.

Para que se muestren las opciones de cualquiera de los submenús, de clic sobre su nombre.

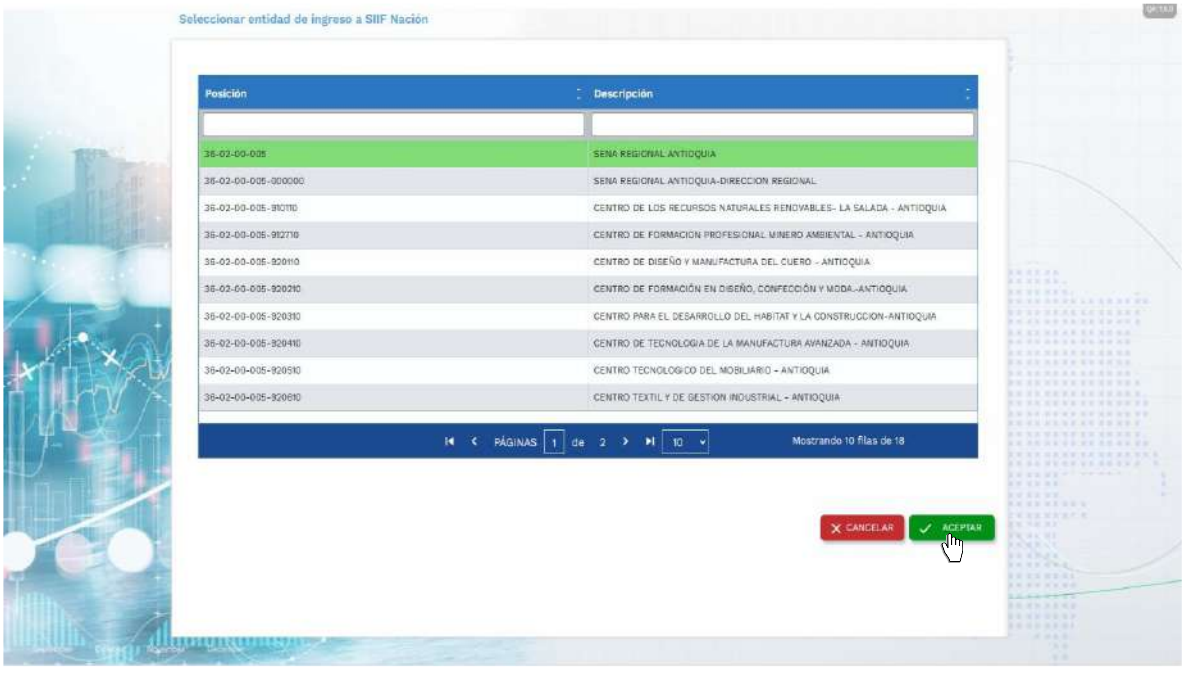
Así mismo, de clic sobre el nombre de una de las opciones para ingresar a esa opción.



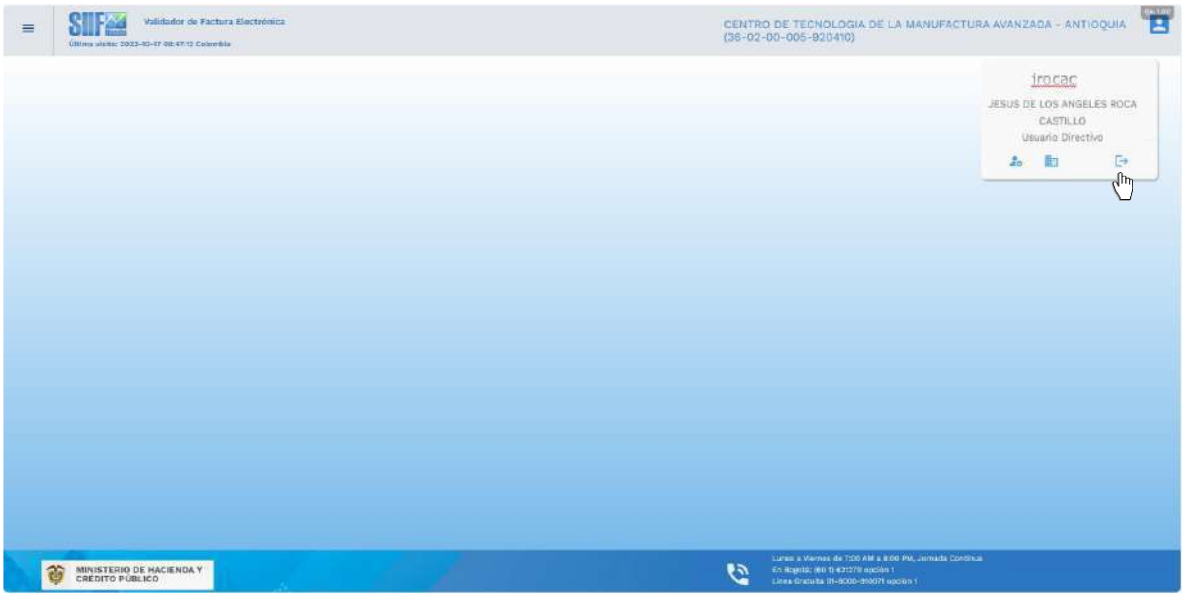
Como se mencionó anteriormente, en la parte superior derecha de esta pantalla se muestra un ícono, sobre al cual dar clic, se muestra los datos de su usuario, nombres y apellidos, tipo de usuario, esto último dependiendo de si su usuario tiene asignado varias unidades o subunidades para seleccionar al inicio del sistema o solo una.



Adicionalmente, se muestra tres opciones, la del centro le permite si tiene varias cambiar de unidad o subunidad sin necesidad de volver a ingresar al sistema, en este caso se le mostrará de nuevo la lista para que si así lo requiere seleccione una de estas y de clic en el botón aceptar para cambiar.



Para salir del sistema utilice la otra opción que se muestra a la derecha.



La opción de la izquierda permite cambiar la contraseña actual por otra.

3.2.5 ¿Olvidó su contraseña?

Los usuarios de entidades diferentes al Ministerio de Hacienda pueden recuperar la contraseña utilizando la opción ¿Olvidó su contraseña?

En la pantalla de inicio del Sistema de Facturación Electrónica del SIIF Nación, Validador de Factura Electrónica, seleccionar la opción Usuario Externo.



En la siguiente pantalla seleccione la opción ¿Olvidó su contraseña?

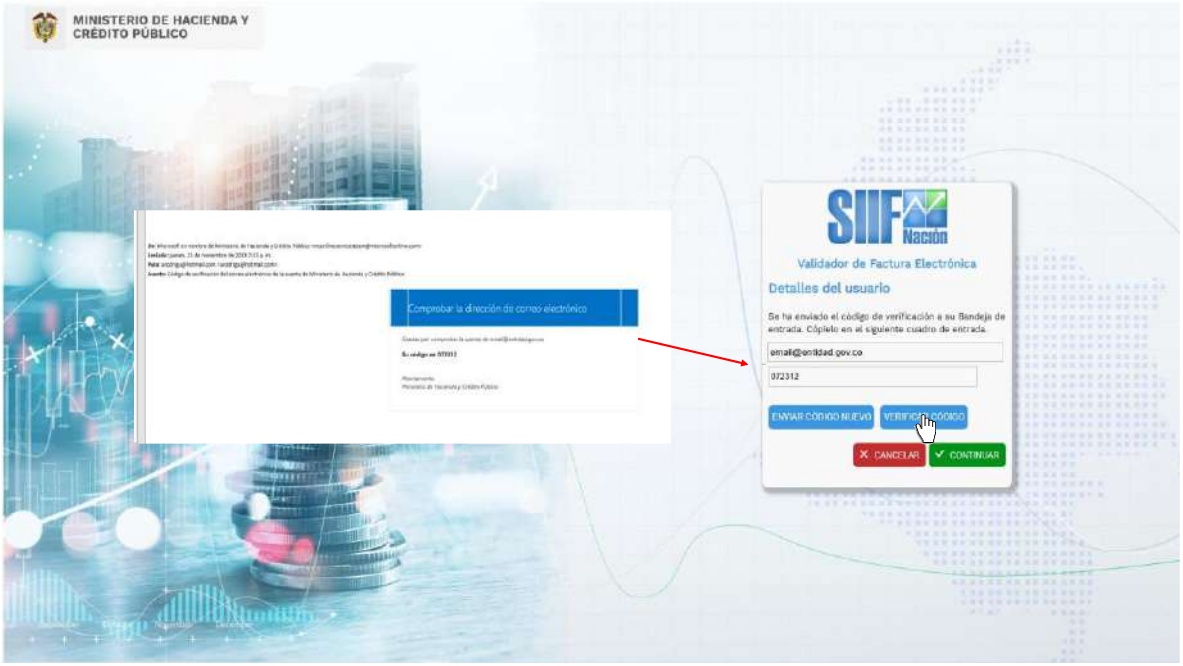


El sistema requerirá verificar su correo electrónico, para eso ingrese su correo electrónico y oprima la opción Enviar código de verificación.



El sistema enviará a su correo electrónico un código de verificación, revise la bandeja de entrada.

En este ejemplo, se muestra a la izquierda el correo electrónico generado por el sistema.



Copie el código recibido en el correo y péguelo donde se solicita y seleccione Verificar Código.

Si el código ingresado es correcto su correo electrónico fue verificado, ahora oprima "CONTINUAR"

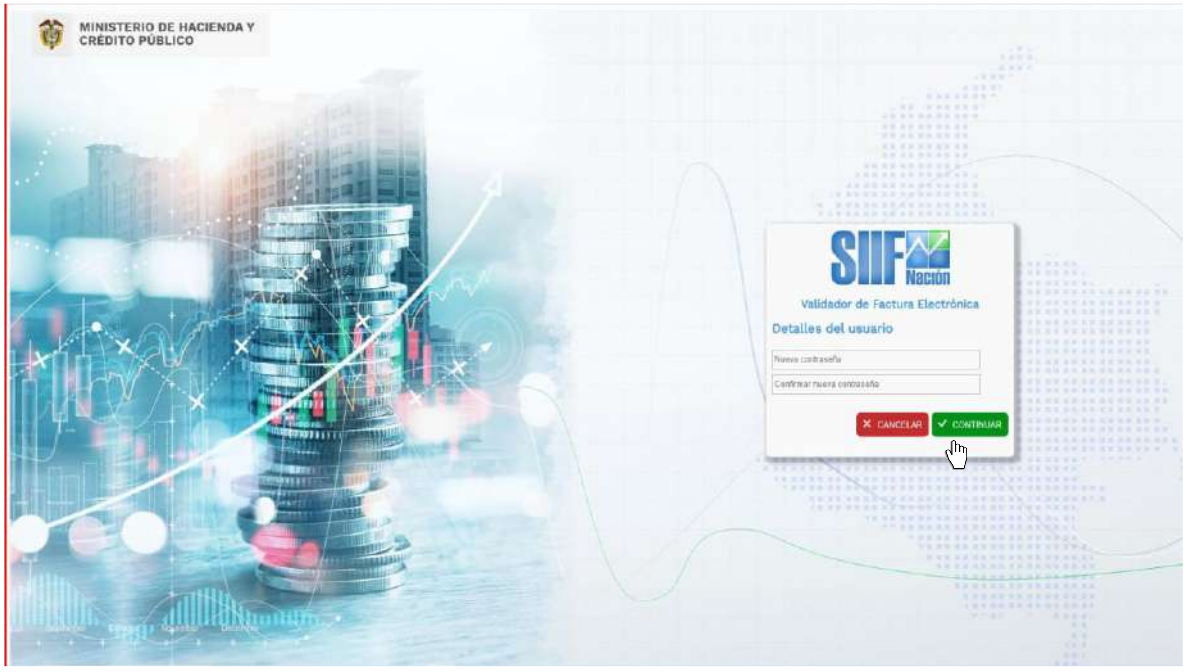


El sistema le solicita que escriba el código de un solo uso que se muestra en el Microsoft Authenticator.

Escríbalo y de clic en el botón comprobar.



Ingrese la nueva contraseña y confírmela, luego oprima la opción "CONTINUAR"





En este punto el sistema habrá recuperado de manera exitosa su contraseña.

Esta será la contraseña que deberá usar la próxima vez que inicie sesión.

4 HISTORIAL DE CAMBIOS

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
24-11-2023	1	Versión inicial.

BlackBox 2

Repositorio de Datos de la Contratación

MINISTERIO DEL TRABAJO

Certificado

BlackBox certifica que el contrato CO1.PCCNTR.9437604 de 2026 de la Dirección Regional - Antioquia, ha sido guardado correctamente y se encuentra listo para recibir el número de Registro Presupuestal (RP).

MÍNIMA CUANTÍA No. MC-ANT-00151-2026

Tipo de Contrato: Compraventa y/o suministro

Contrato No. CO1.PCCNTR.9437604 DE 2026

5_346 Suministrar de forma periódica e integral oxigeno medicinal domiciliario, institucional y por evento, equipos hospitalarios y dispositivos médicos destinados al cuidado de los beneficiarios del servicio médico asistencial -sma- del sena regional Antioquia y de otras regionales domiciliados o visitantes que se encuentren en el departamento

$ 30.000.000,00
(TREINTA MILLONES PESOS CON CERO CENTAVOS)
Fecha de suscripción: 09/04/2026
Fecha de registro Blackbox: 09/04/2026

Contratista: OXISALUD S.A.S (NIT 811.013.645)

Este contrato puede verificarse en BlackBox con el código *22247*.
Líder del proceso de contratación: Leydy Andrea Hoyos Muñoz

ANA MARIA BUSTAMANTE SERNA
CC 1020458867
Enlace Dirección Regional

Este certificado ha sido generado por: ANA MARIA BUSTAMANTE SERNA, el día 09/04/2026 a las 6:29 pm.
No. 1.0.2.-1775777347

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública	**X**	Pública Clasificada		Pública Reservada	

CLAUSULADO ANEXO AL CONTRATO
CONTRATO NRO. CO1.PCCNTR.9437604 DEL 2026 SUSCRITO ENTRE EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA Y OXISALUD S.A.S

CONSIDERACIONES

Las condiciones contractuales del contrato corresponderán a la información que se registre del mismo en la plataforma transaccional SECOP II y comprenderá los documentos que para todos los efectos hacen parte integral del este y, en consecuencia, producen sus mismos efectos y obligaciones jurídicas y contractuales, como lo son y los documentos antecedentes del contrato, las actas y acuerdos suscritos por las partes durante la ejecución del Contrato, entre otros, a saber: a) El estudio previo, invitación pública y todos sus anexos, adendas y los demás documentos previos expedidos por el SENA en desarrollo del proceso. b) La propuesta del contratista y los documentos adjuntos presentados con la misma. c) Las instrucciones escritas al contratista para la ejecución de los trabajos. d) Las actas y demás documentos que durante la ejecución del contrato se suscriban por las partes.

En ese sentido, el contrato electrónico del SECOP II está compuesto por el formulario, los anexos publicados, los mensajes de datos que la Entidad envía al proveedor y los mensajes de datos de respuesta y aceptación por parte del mismo, los cuales son validados mediante la firma electrónica y el sello de tiempo que provee la plataforma. El contrato electrónico tiene plena validez y fuerza obligatoria, de conformidad con lo preceptuado en la Ley 527 de 1999 y demás normativa aplicable.

Con base en lo anteriormente expuesto, el presente documento se constituye como un Anexo al contrato electrónico de la plataforma SECOP II, con el objetivo de regular las condiciones y cláusulas contractuales adicionales que no se encuentran disponibles en el formulario de la plataforma.

PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN. El presente contrato se entenderá perfeccionado con la firma de las partes contratantes, en atención a lo establecido en el artículo 41 de la Ley 80 de 1993. Para su ejecución requiere: **1)** Registro presupuestal, **2)** Constitución de la garantía única y las que se requieran según sea el caso y **3)** La aprobación de la misma por parte del SENA. **PARÁGRAFO.** El inicio de la ejecución estará condicionado, además, a los requisitos de inicio contemplados en el Estudio previo y/o el Pliego de condiciones.

SUPERVISIÓN. La supervisión de la ejecución del contrato se realizará por el Ordenador del gasto o por el funcionario que este designe. El supervisor velará por el cabal cumplimiento de todas y cada una de las

actividades que se le encomienden al contratista, de conformidad con lo determinado por el Manual de Supervisión e Interventoría de la entidad.

GARANTÍAS. El CONTRATISTA constituirá a favor del SENA la garantía con amparos señalados en el estudio previo. **PARÁGRAFO PRIMERO**. EL CONTRATISTA podrá amparar los riesgos anteriormente señalados, con alguno de los mecanismos de cobertura del riesgo previstos en el artículo 2.2.1.2.3.1.2. del Decreto 1082 de 2015. La garantía deberá mantenerse vigente por la totalidad del plazo de ejecución establecido en el contrato y hasta la liquidación del mismo. En caso de ser necesario, deberá realizar la modificación de la vigencia de la garantía de acuerdo con la fecha de inicio de actividades o cumplimiento de requisitos de perfeccionamiento y ejecución. **PARÁGRAFO SEGUNDO**. EL CONTRATISTA se obliga a restablecer el valor de la garantía cuando este se haya visto reducido por razón de las reclamaciones efectuadas por la Entidad contratante. De igual manera, en el evento en que se aumente o adicione el valor del contrato o se prorrogue su término, EL CONTRATISTA deberá ampliar el valor de la garantía otorgada o ampliar su vigencia, según el caso; so pena de que el SENA dé aplicación a las sanciones previstas en la Ley.

MULTAS. Las partes acuerdan que, en caso de retraso en el cumplimiento de cualquiera de las obligaciones a cargo del contratista, señaladas en el contrato y como apremio para que las atienda oportunamente, EL CONTRATISTA pagará a favor del SENA multas equivalentes a un (1) SMLMV por cada día de atraso en el cumplimiento de sus obligaciones, sin que el valor total de ellas pueda llegar a exceder el veinte por ciento (20 %) del valor total del mismo. Para tal efecto se dará aplicación al artículo 86 de la Ley 1474 de 2011.

CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA. En caso de un incumplimiento parcial o total de las obligaciones por parte del CONTRATISTA, este pagará al CONTRATANTE a título de cláusula penal sancionatoria una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del Contrato, sin perjuicio de las multas que hayan sido impuestas. El CONTRATISTA expresamente manifiesta que el pago de la pena no lo exime del pago de los perjuicios que sean causados al CONTRATANTE con ocasión del incumplimiento de sus obligaciones en virtud del presente Contrato y, por lo tanto, el CONTRATANTE podrá hacer efectiva la cláusula penal, así como exigir el cumplimiento de la obligación incumplida cuando ello sea posible. Utilizar una, varias o todas las anteriores alternativas estará a libre elección del CONTRATANTE.

SUSPENSIÓN. El plazo de ejecución del presente contrato podrá ser suspendido excepcionalmente de manera temporal, en las siguientes circunstancias: 1) Por el mutuo acuerdo de las partes. 2) Por orden judicial. **PARÁGRAFO.** En caso de suspensión el (la) CONTRATISTA se obliga a informar tal evento al Asegurador y a ampliar las garantías, proporcionalmente al término que dure la misma.

RÉGIMEN LEGAL. El contrato se regirá en general por las disposiciones comerciales y civiles pertinentes, salvo en los aspectos particularmente regulados por la Ley de contratación que le sean aplicables de conformidad con lo dispuesto en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Decreto Reglamentario 1082 de 2015.

RESPONSABILIDAD. EL CONTRATISTA es responsable por el cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato. Además, responderá por los daños generados al SENA con ocasión de la ejecución del mismo o por aquellos causados por sus contratistas, empleados o subcontratistas.

INDEMNIDAD. EL CONTRATISTA mantendrá indemne al SENA contra todo reclamo, demanda, acción legal y costo que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o bienes ocasionados por EL CONTRATISTA o su personal durante la ejecución del objeto y obligaciones del contrato. En caso de que se formule reclamo, demanda o acción legal contra el SENA por asuntos que según el contrato sean de responsabilidad del CONTRATISTA, se le comunicará lo más pronto posible de ello para que por su cuenta adopte oportunamente las medidas previstas por la ley para mantener indemne al SENA y adelante los trámites para llegar a un arreglo del conflicto. EL SENA, a solicitud del CONTRATISTA, podrá prestar su colaboración para atender los reclamos legales y el contratista a su vez reconocerá los costos que estos ocasionen al SENA, sin que la responsabilidad de EL CONTRATISTA se atenúe por este reconocimiento, ni por el hecho de que el SENA en un momento haya prestado su colaboración para atender a la defensa de sus intereses contra tales reclamos, demandas o acciones legales. **PARÁGRAFO.** Si en cualquiera de los eventos previstos en este numeral EL CONTRATISTA no asume debida y oportunamente la defensa del SENA, la entidad podrá hacerlo directamente, previa comunicación escrita al CONTRATISTA, quien pagará todos los gastos que el SENA incurra por tal motivo. En caso de que así no lo hiciera el CONTRATISTA, el SENA tendrá derecho a descontar el valor de tales erogaciones de cualquier suma que adeude EL CONTRATISTA.

INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES. EL CONTRATISTA declara bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la presentación de la propuesta y con la firma del contrato, que ni él, ni las personas que representa se halla incurso en alguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, articulo 90 de la Ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes. **PARÁGRAFO PRIMERO.** Si llegare a sobrevenir inhabilidad o incompatibilidad por parte del CONTRATISTA, este cederá el contrato previa autorización escrita del SENA a través de la supervisión y si ello no fuere posible el CONTRATISTA renunciará a su ejecución. **PARÁGRAFO SEGUNDO.** Presentada la causal de inhabilidad o incompatibilidad, EL CONTRATISTA deberá informar al SENA dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su acontecimiento y podrá proponer un candidato, quien deberá manifestar por escrito que se encuentra dispuesto a continuar con la ejecución del contrato en las mismas condiciones pactadas con el primer Contratista. EL SENA se reserva la facultad de aceptar al candidato propuesto por EL CONTRATISTA o en su defecto autorizar la cesión a favor de un tercero que reúna las condiciones para continuar con la ejecución del contrato. **PARÁGRAFO TERCERO.** EL CONTRATISTA responderá por haber ocultado, al contratar, cualquier inhabilidad, incompatibilidad o prohibición o por haber suministrado información falsa.

CESIÓN Y SUBCONTRATACIÓN. EL CONTRATISTA no podrá ceder ni subcontratar el respectivo contrato sin el consentimiento previo y escrito del SENA pudiendo este negar la autorización de la cesión o del subcontrato.

GASTOS E IMPUESTOS. Estarán a cargo del CONTRATISTA todos los gastos e impuestos, tasas y contribuciones nacionales, departamentales y municipales derivados de la celebración, ejecución y liquidación del contrato, así como el valor de la prima de la garantía única y sus modificaciones.

SOLUCIÓN DIRECTA DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES. Las diferencias que surjan entre las partes por asuntos distintos a la aplicación de la cláusula de caducidad y de los principios de interpretación, modificación y terminación unilaterales, con ocasión de la celebración, ejecución, desarrollo, terminación y liquidación del contrato, serán dirimidas mediante la utilización de los mecanismos de solución ágil de conflictos previstos en la Ley. Por lo tanto, las partes en aras de solucionar en forma ágil, rápida y directa las diferencias y discrepancias surgidas en la ejecución del contrato, acudirán a los mecanismos de solución previstos en la Ley, tales como la conciliación, amigable composición y transacción.

CLÁUSULAS EXCEPCIONALES. Se entienden incorporadas al contrato las cláusulas excepcionales a que se refiere el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.

CAUSALES DE TERMINACIÓN. Este contrato se dará por terminado en cualquiera de los siguientes eventos: **a)** Anticipadamente por mutuo acuerdo de las partes, siempre que con ello no se causen perjuicios al SENA. **b)** Por agotamiento del objeto o vencimiento del plazo. **c)** Unilateralmente por incumplimiento del contratista. **d)** Por fuerza mayor o caso fortuito que hagan imposible continuar su ejecución o cuando la fuerza mayor o caso fortuito supere los tres (3) meses, sin que cese dicha causal. **e)** Por disolución de la sociedad del contratista. **f)** Por incapacidad financiera del CONTRATISTA, la cual se presumirá cuando este se declare en iliquidez o inicie proceso de liquidación según la ley. **g)** Cuando no se entregue información veraz y verificable con ocasión de la prevención del lavado de activos y la financiación del terrorismo. **PARÁGRAFO PRIMERO.** EL CONTRATISTA entiende que la terminación del contrato por las causales descritas en la presente cláusula no dará lugar a indemnización de perjuicios a favor del mismo, razón por la cual renuncia a iniciar cualquier reclamación en contra del CONTRATANTE. **PARÁGRAFO SEGUNDO.** La terminación anticipada del contrato se hará constar en acta suscrita por las partes.

EXCLUSIÓN DE RELACIÓN LABORAL. El CONTRATISTA ejecutará el contrato con sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa y el personal que vincule durante la ejecución del contrato será de su libre escogencia, debiendo cumplir con todos los requisitos exigidos por la ley y los documentos del proceso. Entre EL CONTRATISTA, el personal que este contrate y EL SENA no existe, ni existirá vínculo laboral alguno. En consecuencia, EL CONTRATISTA responderá de manera exclusiva por el pago de honorarios, salarios, prestaciones e indemnizaciones de carácter laboral y contractual a que haya lugar. Así mismo, EL CONTRATISTA deberá verificar y/o cumplir con la afiliación de dicho personal al Sistema de Seguridad Social integral (salud, pensiones y riesgos laborales) y a la Caja de Compensación Familiar, ICBF y SENA, cuando haya lugar, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley.

PROPIEDAD INTELECTUAL. Si de la ejecución del presente contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, estos pertenecen a EL SENA de conformidad con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 23 de 1982, modificado por el artículo 28 de la Ley 1450 de 2011, y el artículo 21 de la misma Ley. Lo anterior, sin perjuicio del respeto al derecho moral consagrado en el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993 concordante con el artículo 30 de la Ley 23 de 1982. EL CONTRATISTA garantiza que los trabajos y servicios prestados al SENA por el objeto de este contrato no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualesquiera otros derechos legales o contractuales de terceros.

SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD. El CONTRATISTA se obliga a guardar estricta confidencialidad sobre toda la información sometida a reserva debidamente identificada como tal por EL SENA y conocida en virtud del desarrollo y ejecución del presente contrato. Esta obligación de confidencialidad se aplicará para todos los casos, salvo que la información confidencial sea requerida por autoridad competente. **PARÁGRAFO.** La presente cláusula de confidencialidad se mantendrá vigente mientras la información catalogada como tal conserve el carácter de reservada. En todo caso estará sujeta a la reglamentación sobre información confidencial de los artículos 260 a 266 de la Decisión 486 de la Comisión del Acuerdo de Cartagena y lo previsto en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, respecto de la información y documentos reservados, artículo 24 sustituido, y en las demás normas concordantes y complementarias que regulen la materia.

PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS. El CONTRATISTA se obliga expresamente a entregar al SENA la información veraz y verificable que le sea solicitada para el cumplimiento de la normatividad relacionada con la prevención del lavado de activos y la financiación del terrorismo. En el evento en que no se cumpla con la obligación consagrada en esta cláusula, el SENA tendrá la facultad de dar por terminado el presente contrato. En virtud de lo anterior, el CONTRATISTA declara que:

1) Conoce y cumple integralmente con la normatividad de Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo (SARLAFT) y el Sistema de Prevención y Control del Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SIPLAFT) aplicable a su sector y actividad económica.
2) Declara y certifica que sus recursos no provienen ni se destinan al ejercicio de ninguna actividad ilícita o de actividades de lavado de dineros provenientes de éstas o de actividades relacionadas con la financiación del terrorismo.

SOBORNO Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN. El CONTRATISTA declara que se abstendrá de dar u ofrecer dinero o cualquier objeto de valor, incluyendo, pero sin limitarse a: favores, promesa o ventaja, sobornos, regalos o entretenimiento, premios, condiciones favorables para préstamos u otros productos financieros, contribuciones, donaciones, empleo u otras oportunidades para un servidor público, funcionario, empleado o contratista de la entidad, o a cualquier asociado o familiar dentro del tercer grado de consanguinidad, segundo de afinidad y único civil, o cualquier otra conducta que una persona razonable

pueda considerar como una dadiva a cambio de la realización u omisión de cualquier acto en el ejercicio de sus funciones o para resultar beneficiado en la adjudicación, celebración o ejecución del contrato, en cualquier momento u oportunidad.

LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO. La liquidación del contrato se efectuará de mutuo acuerdo dentro del término establecido en la configuración del con trato electrónico publicado en la Plataforma SECOP II. En caso de que no se haya establecido dicho término se dará aplicación a plazos previstos en el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007.

PARA CONSTANCIA SE FIRMA A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA SECOP II. LA FECHA DEL DOCUMENTO SERÁ LA QUE CONSTE EN LA REFERIDA PLATAFORMA.

Revisó: Yulieth Acevedo Quintero- Abogada Contratista Grupo Apoyo Mixto
Elaboró: Leydy Andrea Hoyos Muñoz- Abogada Contratista Grupo Apoyo Mixto

5_346 SUMINISTRAR DE FORMA PERIÓDICA E INTEGRAL OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INSTITUCIONAL Y POR EVENTO, EQUIPOS HOSPITALARIOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DESTINADOS AL CUIDADO DE LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL -SMA- DEL SENA REGIONAL ANTIOQUIA Y DE OTRAS REGIONALES DOMICILIADOS O VISITANTES QUE SE ENCUENTREN EN EL DEPARTAMENTO.

SUMINISTRO DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, EQUIPOS HOSPITALARIOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS												
A. SUMINISTRO EQUIPOS Y OXIGENO MEDICINAL					VALORES TOPE 2026				VALORES OFERTADOS 2026			
ÍTEM	ESPECIFICACIONES EQUIPOS	UNIDAD DE MEDIDA		CANTIDAD	VALOR UNITARIO SIN IVA	% IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL UNITARIO TOPE INCLUYENDO IVA 2026	VALOR UNITARIO SIN IVA	PORCENTAJE IVA	VALOR IVA	VALOR TOTAL UNITARIO OFERTADO INCLUYENDO IVA 2026
1	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 (72 HORAS A DEMANDA) Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	ALQUILER /MES		1	$ 162.183	0%	$ -	$ 162.183	$ 129.747	$ 0	$ 0	$ 129.747
2	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	ALQUILER /MES		1	$ 187.100	0%	$ -	$ 187.100	$ 149.680	$ 0	$ 0	$ 149.680
3	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 CUATRO (4) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	ALQUILER /MES		1	$ 213.532	0%	$ -	$ 213.532	$ 170.826	$ 0	$ 0	$ 170.826
4	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, ALTO FLUJO, 6 A 10 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 (72 HORAS A DEMANDA) Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO.	ALQUILER /MES		1	$ 193.133	0%	$ -	$ 193.133	$ 154.507	$ 0	$ 0	$ 154.507
5	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, ALTO FLUJO, 6 A 10 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	ALQUILER /MES		1	$ 228.025	0%	$ -	$ 228.025	$ 182.420	$ 0	$ 0	$ 182.420
6	PAQUETE INTEGRAL DE OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INCLUYE: CONCENTRADOR, ALTO FLUJO, 6 A 10 LTS/MIN DE OXIGENO, MÁS EQUIPO DE APOYO: UN (1) CILINDRO DE SOPORTE, CAPACIDAD MINIMA 4M3, UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3 (PERMANENTE) CON CARRO TRANSPORTADOR MÁS CUATRO (4) RECARGAS AL MES Y DEMÁS ACCESORIOS PARA SU CORRECTO FUNCIONAMIENTO	ALQUILER /MES		1	$ 251.407	0%	$ -	$ 251.407	$ 201.125	$ 0	$ 0	$ 201.125
7	ALQUILER ADICIONAL DE CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3 (PERMANENTE) CON CARRO TRANSPORTADOR	ALQUILER /MES		1	$ 71.382	19%	$ 13.563	$ 84.945	$ 57.106	$ 0	$ 10.850	$ 67.956
8	EL REGULADOR AHORRADOR CONSERVADOR DE OXÍGENO ES UN INSTRUMENTO QUE COMPLEMENTA EL CILINDRO DE OXÍGENO O BALA DE OXÍGENO PORTÁTIL Y LE PERMITE AL PACIENTE ADMINISTRAR LA SALIDA DEL GAS CON EL FIN DE ECONOMIZAR EL CONSUMO DEL MISMO, YA QUE GRACIAS A SU TECNOLOGÍA SOLO SE SUMINISTRA OXÍGENO CUANDO LA PERSONA INHALA, ES DECIR, REGULA EL OXÍGENO POR PULSO.	ALQUILER /MES		1	$ 71.320	19%	$ 13.551	$ 84.870	$ 57.056	$ 0	$ 10.841	$ 67.896
9	RECARGA ADICIONAL PARA UN (1) CILINDRO PORTÁTIL 1,5 M3	UNIDAD (Venta)		1	$ 59.773	0%	$ -	$ 59.773	$ 47.819	$ 0	$ 0	$ 47.819
10	RECARGA ADICIONAL PARA UN (1) CILINDRO 4 M3	UNIDAD (Venta)		1	$ 84.500	0%	$ -	$ 84.500	$ 67.600	$ 0	$ 0	$ 67.600
11	CPAP SENCILLO	ALQUILER /MES		1	$ 160.004	19%	$ 30.401	$ 190.404	$ 128.003	$ 0	$ 24.321	$ 152.323
12	BPAP SENCILLO	ALQUILER /MES		1	$ 232.900	19%	$ 44.251	$ 277.151	$ 186.320	$ 0	$ 35.401	$ 221.720
13	BIPAP CON SOPORTE DE FRECUENCIA INTERMITENTE (NO SYNCHRONY, NO HARMONY)	ALQUILER /MES		1	$ 1.817.605	19%	$ 345.345	$ 2.162.950	$ 1.399.556	$ 0	$ 265.916	$ 1.665.471
14	MASCARILLA PARA CPAP- BPAP NASAL- ORONASAL	UNIDAD (Venta)		1	$ 440.320	19%	$ 83.661	$ 523.981	$ 235.294	$ 0	$ 44.706	$ 280.000
15	NEBULIZADOR	ALQUILER /MES		1	$ 59.008	19%	$ 11.211	$ 70.219	$ 47.206	$ 0	$ 8.969	$ 56.175
16	CONCENTRADOR PORTATIL DE OXIGENO: EQUIPO DISEÑADO PARA AUMENTAR INDEPENDENCIA CON CONFIGURACIONES DE FLUJO Y USO A BATERIA.	ALQUILER /MES		1	$ 980.393	19%	$ 186.275	$ 1.166.667	$ 754.902	$ 0	$ 143.431	$ 898.334
B. SUMINISTRO (En compra o alquiler) DE EQUIPOS HOSPITALARIOS Y OTROS DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA USO HUMANO												
17	GRUA HIDRAULICA CON ARNES CAPACIDAD HASTA 180 KG	ALQUILER /MES		1	$ 197.224	19%	$ 37.472	$ 234.696	$ 157.779	$ 0	$ 29.978	$ 187.757
18	GRUA HIDRAULICA CON ARNES CAPACIDAD HASTA 180 KG	UNIDAD (Venta)		1	$ 3.592.729	19%	$ 682.618	$ 4.275.347	$ 2.874.183	$ 0	$ 546.095	$ 3.420.278
19	CAMA HOSPITALARIA ELÉCTRICA - ACCESORIOS FORMICA, BARANDAS DE ALUMINIO	ALQUILER /MES		1	$ 174.639	19%	$ 33.181	$ 207.820	$ 139.711	$ 0	$ 26.545	$ 166.256
20	CAMA HOSPITALARIA ELÉCTRICA - ACCESORIOS FORMICA, BARANDAS DE ALUMINIO	UNIDAD (Venta)		1	$ 4.493.532	19%	$ 853.771	$ 5.347.302	$ 3.594.825	$ 0	$ 683.017	$ 4.277.842
21	CAMA HOSPITALARIA MANUAL CON BARANDAS - TRES NIVELES	ALQUILER /MES		1	$ 114.920	19%	$ 21.835	$ 136.755	$ 91.936	$ 0	$ 17.468	$ 109.404
22	CAMA HOSPITALARIA MANUAL CON BARANDAS - TRES NIVELES	UNIDAD (Venta)		1	$ 3.600.166	19%	$ 684.032	$ 4.284.198	$ 2.880.133	$ 0	$ 547.225	$ 3.427.358
23	SILLA COCHE	ALQUILER /MES		1	$ 161.394	19%	$ 30.665	$ 192.058	$ 129.115	$ 0	$ 24.532	$ 153.647
24	SILLA COCHE	UNIDAD (Venta)		1	$ 2.421.269	0%	$ -	$ 2.421.269	$ 1.937.015	$ 0	$ 0	$ 1.937.015
25	SILLA DE RUEDAS	ALQUILER /MES		1	$ 53.221	19%	$ 10.112	$ 63.332	$ 42.576	$ 0	$ 8.090	$ 50.666
26	SILLA DE RUEDAS	UNIDAD (Venta)		1	$ 553.672	0%	$ -	$ 553.672	$ 442.938	$ 0	$ 0	$ 442.938
27	CAMINADOR ORTOPEDICO PASO A PASO FIJO PLEGABLE EN ALUMINIO	ALQUILER /MES		1	$ 38.910	19%	$ 7.393	$ 46.302	$ 31.128	$ 0	$ 5.914	$ 37.042
28	CAMINADOR ORTOPEDICO PASO A PASO FIJO PLEGABLE EN ALUMINIO	UNIDAD (Venta)		1	$ 142.970	0%	$ -	$ 142.970	$ 114.376	$ 0	$ 0	$ 114.376
29	CAMINADOR ORTOPÉDICO DOBLE APOYO Y DOBLE FUNCIÓN	ALQUILER /MES		1	$ 84.840	19%	$ 16.120	$ 100.959	$ 67.872	$ 0	$ 12.896	$ 80.767
30	CAMINADOR ORTOPÉDICO DOBLE APOYO Y DOBLE FUNCIÓN	UNIDAD (Venta)		1	$ 249.886	0%	$ -	$ 249.886	$ 199.909	$ 0	$ 0	$ 199.909
31	PULSIOXÍMETRO DE DEDO, DIGITAL PORTATIL: Medidor de la saturación de oxigeno en hemoglobina arterial (SOP2), y medidor de frecuencia cardiaca	UNIDAD (Venta)		1	$ 81.488	19%	$ 15.483	$ 96.971	$ 65.190	$ 0	$ 12.386	$ 77.577
32	MEDIAS GRADIENTES DE COMPRESIÓN: De descanso/preventiva. Piernas cansadas, pesadas, edema leve de la pierna, tobillo y/o pie, permite prevenir el paso del fluido venoso y/o linfático al espacio intersticial.	Compresión 15-20 mmHg. Incluye puntera y sin puntera.	RODILLAS SIN PUNTERA	1	$ 55.866	19%	$ 10.615	$ 66.481	$ 44.693	$ 0	$ 8.492	$ 53.184
33			RODILLAS CON PUNTERA	1	$ 55.866	19%	$ 10.615	$ 66.481	$ 44.693	$ 0	$ 8.492	$ 53.184
34			MUSLO	1	$ 106.866	19%	$ 20.304	$ 127.170	$ 85.492	$ 0	$ 16.244	$ 101.736
35			CADERA	1	$ 119.319	19%	$ 22.671	$ 141.990	$ 95.455	$ 0	$ 18.136	$ 113.592
36		Compresión 20-30 mmHg. Incluye puntera y sin puntera.	RODILLAS SIN PUNTERA	1	$ 105.353	19%	$ 20.017	$ 125.370	$ 84.282	$ 0	$ 16.014	$ 100.296
37			RODILLAS CON PUNTERA	1	$ 91.891	19%	$ 17.459	$ 109.350	$ 73.512	$ 0	$ 13.967	$ 87.480
38			MUSLO	1	$ 126.774	19%	$ 24.087	$ 150.861	$ 101.419	$ 0	$ 19.270	$ 120.689
39			CADERA	1	$ 150.113	19%	$ 28.521	$ 178.634	$ 120.090	$ 0	$ 22.817	$ 142.907
40		Compresión 30-40 mmHg. Incluye puntera y sin puntera.	RODILLAS SIN PUNTERA	1	$ 111.733	19%	$ 21.229	$ 132.962	$ 89.386	$ 0	$ 16.983	$ 106.370
41			RODILLAS CON PUNTERA	1	$ 111.733	19%	$ 21.229	$ 132.962	$ 89.386	$ 0	$ 16.983	$ 106.370
42			MUSLO	1	$ 127.872	19%	$ 24.296	$ 152.167	$ 102.297	$ 0	$ 19.436	$ 121.734
SUBTOTAL								**$ 25.678.804**				**$ 20.303.970**

Firma Representante Legal

NOTA 1	El valor de la oferta económica, se determinará con la sumatoria de los ítems 1 al 42.
NOTA 2	Los valores de la propuesta no pueden sobrepasar los precios tope por ítem

Leidy Andrea Hoyos Muñoz

De: grupoadmondocumentos@sena.edu.co
Enviado el: jueves, 9 de abril de 2026 1:57 p. m.
Para: Felix Hernando Gomez Ramirez
CC: Raul Emilio Olarte Vargas; Yeidy Alexandra Chumbe Caro; Veronica Marin Jaramillo; Liliana Maria Perez Madrid; Ana Maria Bustamante Serna; Yulieth Acevedo Quintero; Leidy Andrea Hoyos Muñoz
Asunto: CPE No. 05-9-2026-019660 - DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR CO1.PCCNTR.9437604 OXÍGENO
Datos adjuntos: C.I.(FRM)-9-2026-019660-(5)-51023-+ FELIX GOMEZ RAMIREZ--DESIGNACI�N DE SUPER.html

Apreciado(a) * FELIX GOMEZ RAMIREZ

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

Radicado	N.I.S.	Fecha
05-9-2026-019660	2026-02-135129	4/9/2026 1:56:21 PM

Asunto	Descripción del asunto
DESIGNACIONES	DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR CO1.PCCNTR.9437604 OXÍGENO

5 - 1010

Medellín.

Señor
Felix Hernando Gomez Ramirez
felgomez@sena.edu.co
Profesional G10
Servicio Médico Asistencial

Asunto: Designación supervisión contrato CO1.PCCNTR.9437604

Me permito comunicarle que ha sido designado como supervisor del siguiente(s) contrato(s):
No. Contrato: CO1.PCCNTR.9437604 del 09/04/2026
Nombre del contratista: OXISALUD S.A.S.
NIT: 811013645-9

Objeto: 5_346 Suministrar de forma periódica e integral oxígeno medicinal domiciliario, institucional y por evento,

equipos hospitalarios y dispositivos médicos destinados al cuidado de los beneficiarios del servicio médico asistencial (SMA) del Sena Regional Antioquia y de otras regionales domiciliados o visitantes que se encuentren en el departamento.

Link:
https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=CO1.NTC.10130852&isFromPublicArea=True&isModal=False

En caso de presentar incompatibilidad y/o conflicto de interés para ejercer como supervisora en el contrato referido, deberá manifestarlo por escrito máximo al día siguiente de la notificación de la presente comunicación, si no realiza manifestación alguna se entenderá que acepta esta designación.

En su actuación como supervisor está en la obligación de mantener un estricto control sobre la ejecución integral del objeto contractual. La supervisión consiste en el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable y jurídico que, sobre el cumplimiento del objeto del contrato, es ejercida por la misma entidad estatal cuando no requieren conocimientos especializados.

Ahora bien, de conformidad con lo establecido en los artículos 51 y 56 de la Ley 80 de 1993, la Ley 610 de 2000 "Responsabilidad Fiscal", la Ley 1952 de 2019 "Código General Disciplinario", en particular numeral 6 y 7 del artículo 54 y artículo 70 y los artículos 44, 82 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción" el supervisor responderá fiscal, disciplinaria, civil y penalmente por sus acciones y omisiones en la actuación contractual, en los términos del Manual de Contratación, el Manual de Supervisión e interventoría del SENA, la Constitución y la Ley.

La referida obligación para los contratos realizados por las plataformas de Colombia Compra Eficiente se hace efectiva a través de la publicación oportuna de los informes de supervisión. En todo caso, como supervisora debe garantizar la publicación de los documentos que den constancia del cumplimiento del contrato como: suscripción de actas de iniciación, suspensión, entrega del objeto contratado, seguimiento a la ejecución, terminación y liquidación del contrato, relación de pagos y saldos, entre otros necesarios para la constitución del expediente contractual y conocimiento de la ciudadanía en general.

De igual forma, dentro de sus obligaciones principales está la vigilancia del cumplimiento del plazo de ejecución, del objeto contractual, en las condiciones de oportunidad y calidad pactadas, de las obligaciones del contrato y del cronograma de actividades, si lo hubiere, así como informar por escrito al ordenador del gasto cualquier acontecimiento que impida el normal desarrollo del contrato o que constituya situaciones de posible corrupción o incumplimiento, estudiar las solicitudes, sugerencias, reclamaciones y consultas del contratista, exigir la documentación e información, solicitar informes, aclaraciones y explicaciones sobre el desarrollo de la ejecución contractual que estime pertinente y necesaria para el cabal cumplimiento de sus obligaciones como supervisor, exigir la acreditación del cumplimiento de las obligaciones adquiridas con el sistema de seguridad social integral y parafiscales según sea el caso, aprobar las solicitudes de pago y, en general, propender por el cumplimiento de todas las demás obligaciones pactadas por las partes en el respectivo contrato.

Una vez finalice el contrato deberá emitir un informe final de supervisión, expedir la certificación final de cumplimiento del objeto contractual de recibo a satisfacción y proyectar el acta de liquidación respectiva.

Cordialmente,

Raúl Emilio Olarte Vargas
Director Regional (E.)

Atentamente,



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

Certificado de Disponibilidad Presupuestal – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHsimolina	SANDRA INES MOLINA GOMEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-005-000000	SENA REGIONAL ANTIOQUIA-DIRECCION REGIONAL
Fecha y Hora Sistema:	21/01/2026 12:00:00 p. m.	

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "Ítems de afectación de gastos"

Numero:	13326	**Fecha Registro:**	2026-01-21	**Unidad / Subunidad ejecutora:**	36-02-00-005-000000 SENA REGIONAL ANTIOQUIA-DIRECCION REGIONAL						
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado		**Tipo:**	Gasto		**Uso Caja Menor**	Ninguno		
Valor Inicial:	30.000.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00		**Valor Actual.:**	30.000.000,00	**Saldo x Comprometer:**	30.000.000,00	**Vr. Bloqueado**	0,00	

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS					
Número:	13326	**Fecha Registro:**	2026-01-21	**Número:**		**Modalidad de contratación:**		**Tipo de contrato:**	

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
101000 DESPACHO DIRECCION	C-3603-1300-20-20305C-3603025-03 TRANSF. CTES. - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	Nación	10	CSF						
					Total:	30.000.000,00	0,00	30.000.000,00	30.000.000,00	0,00

Objeto:	SERVICIO MEDICO- SUMINISTRAR DE FORMA PERIÓDICA E INTEGRAL OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INSTITUCIONAL Y POR EVENTO, EQUIPOS HOSPITALARIOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DESTINADOS AL CUIDADO DE LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL -SMA- DEL S

PEREZ MADRID LILIANA MARIA

Firmado digitalmente por PEREZ MADRID LILIANA MARIA
Fecha: 2026.01.21 19:58:09 -05'00'

Firma Responsable

Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHsimolina	SANDRA INES MOLINA GOMEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-005-000000	SENA REGIONAL ANTIOQUIA-DIRECCION REGIONAL
Fecha y Hora Sistema:	10/04/2026 12:00:00 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 13326 de fecha 2026-01-21. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	73326	**Fecha Registro:**	2026-04-10	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-005-000000 SENA REGIONAL ANTIOQUIA-DIRECCION REGIONAL			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	30.000.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	30.000.000,00	**Saldo x Obligar:**	30.000.000,00

TERCERO ORIGINAL

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

CUENTA BANCARIA

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

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	70695629	**Nombre:**	RAUL EMILIO OLARTE VARGAS	**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL - ANTIOQUIA

CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	CO1.PCCNTR.9437604	**Tipo:**	CONTRATO DE COMPRA VENTA Y SUMINISTROS	**Fecha:**	2026-04-10

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
101000 DESPACHO DIRECCION	C-3603-1300-20-20305C-3603025-03 TRANSF. CTES. - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	Nación	10	CSF		30.000.000,00	0,00		
					Total:	30.000.000,00	0,00	30.000.000,00	30.000.000,00

Objeto:	SERVICIO MEDICO- SUMINISTRAR DE FORMA PERIÓDICA E INTEGRAL OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INSTITUCIONAL Y POR EVENTO, EQUIPOS HOSPITALARIOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DESTINADOS AL CUIDADO DE LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL -SMA- DEL S

PLAN DE PAGOS							
DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-005-000000	SENA REGIONAL ANTIOQUIA-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2026-04-24	30.000.000,00	30.000.000,00	NINGUNO

PEREZ MADRID LILIANA MARIA

Firmado digitalmente por PEREZ MADRID LILIANA MARIA
Fecha: 2026.04.10 13:05:52 -05'00'

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141177572287

(415)7707212489984(8020) 000014117757228 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 1 1 0 1 3 6 4 5	9	Impuestos de Medellín 1 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
OXISALUD S.A.S.

36. Nombre comercial	37. Sigla
OXISALUD	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

41. Dirección principal
CL 29 65 46

42. Correo electrónico contabilidad@oxisalud.com.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 4 4 4 4 8 4 5 6	3 1 5 5 4 0 0 7 6 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
2 1 0 0	2 0 0 5 1 2 0 1	4 6 5 9	1 9 9 8 0 5 0 4	7 7 3 0	8 6 9 2			3

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	9	1 0	1 4	3 3	4 2	4 8	5 2	5 5	5 9															

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
33- Impuesto nacional al consumo
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales
59 - Autorretención especial renta

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código	2 3									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2025-05-07 / 09:06:21AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre TORRES CABREJO JOSE ANTONIO

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141177572287

(415)7707212489984(8020) **000014117757228 7**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 1 1 0 1 3 6 4 5	9	Impuestos de Medellín	1 1	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	0 1
72. Número	8 5 1	4 1
73. Fecha	1 9 9 8 0 4 2 0	2 0 1 3 0 1 3 1
74. Número de notaría	2 6	
75. Entidad de registro	0 3	0 3
76. Fecha de registro	1 9 9 8 0 4 2 3	2 0 1 3 0 1 3 1
77. No. Matrícula mercantil	2 1 2 4 0 0 8 3 3	2 1 2 4 0 0 8 3 1 2
78. Departamento	0 5	0 5
79. Ciudad/Municipio	0 2 1	0 2 1
Vigencia		
80. Desde	1 9 9 8 0 4 2 0	2 0 1 3 0 1 3 1
81. Hasta	2 0 1 5 0 4 2 0	3 0 0 0 1 2 3 1

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades — 5

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	2 1	2 0 1 0 0 4 1 9		-
2	8 0	2 0 1 6 0 1 0 1		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141177572287

(415)7707212489984(8020) **000014117757228 7**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 1 1 0 1 3 6 4 5	9	Impuestos de Medellín	1 1

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	1 9 9 8 0 4 2 0

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	7 9 3 6 6 9 3 9		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
TORRES	CABREJO	JOSE	ANTONIO

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 1 9 0 8 1 5

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 0 3 7 6 2 0 4 5 8		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
TORRES	RUIZ	JUAN	SEBASTIAN

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141177572287

(415)7707212489984(8020) **000014117757228 7**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 1 1 0 1 3 6 4 5	9	Impuestos de Medellín	1 1	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	7 9 3 6 6 9 3 9		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
TORRES	CABREJO	JOSE	ANTONIO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 0 0 4 1 9	2 0 1 0 0 4 1 9

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	5 1 7 4 2 5 7 6		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
RUIZ	PARRA	GLORIA	MONICA

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 0 0 4 1 9	2 0 1 0 0 4 1 9

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	1 0 3 7 6 2 0 4 5 8		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
TORRES	RUIZ	JUAN	SEBASTIAN

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 3 0 1 3 1	2 0 2 3 0 5 3 0

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudadan 1 3	1 1 5 2 2 1 7 6 3 3		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
TORRES	RUIZ	GABRIELA	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		2 0 1 5 1 0 0 2	2 0 2 3 0 5 3 0

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141177572287

(415)7707212489984(8020) **000014117757228 7**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 1 1 0 1 3 6 4 5	9	Impuestos de Medellín	1 1	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 5 2 6 9 9 7 9 4		2 7 1 2 7 7 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
MONTOYA	BELTRAN	KEILA	MARLEI

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada
9 0 0 2 8 3 7 0 1	3	ESTRATEGIA FISCAL S.A.S

135. Fecha de nombramiento: 2 0 2 3 0 9 0 8

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 5 4 4 4 9 9 2		1 4 7 4 8 4 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
VARGAS	ECHEVERRI	RUBEN	DARIO

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada
9 0 0 2 8 3 7 0 1	3	ESTRATEGIA FISCAL S.A.S

147. Fecha de nombramiento: 2 0 2 2 0 2 1 4

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	6 3 5 5 0 7 0 1	3	2 3 2 5 3 8 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
HERNANDEZ	SERRANO	LEIDY	VIVIANA

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento: 2 0 2 5 0 3 2 5

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141177572287

(415)7707212489984(8020) **000014117757228 7**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 1 1 0 1 3 6 4 5	9	Impuestos de Medellín 1 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p. 4 6 5 9

162. Nombre del establecimiento: OXISALUD

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

165. Dirección: CL 34 66 A 61

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
2 1 3 0 1 9 2 6 0 2	1 9 9 8 0 4 2 3
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 4 4 4 4 8 4 5 6	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales y 2 1 0 0

162. Nombre del establecimiento: OXISALUD SAS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

165. Dirección: CL 29 65 46

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
2 1 6 5 4 7 9 2 0 2	2 0 1 8 0 3 2 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 4 4 4 4 8 4 5 6	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales y 2 1 0 0

162. Nombre del establecimiento: OXISALUD PLANTA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

165. Dirección: CL 29 65 50

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
2 1 7 7 4 3 9 4 0 2	2 0 2 3 0 6 2 0
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
6 0 4 4 4 4 8 4 5 6	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.366.939
TORRES CABREJO
APELLIDOS
JOSE ANTONIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-SEP-1965
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

12-DIC-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0100100-00021901-M-0079366939-20080711 0000930152A 1 2060021278

Soportes de Póliza

Expedición - Anexo 17231924

Fecha expedición: 10/04/2026



INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Nombre y apellidos o razón social	Tipo de identificación	Número de identificación
OXISALUD S.A.S.	NIT	8110136459

Dirección	Ciudad	Teléfono
CL 34 # 66 A - 61 R UNICENTRO	MEDELLIN	3514747

INFORMACIÓN DEL GARANTIZADO

Nombre y apellidos o razón social	Tipo de identificación	Número de identificación	Dirección	Ciudad	Teléfono
OXISALUD S.A.S.	NIT	8110136459	CL 34 # 66 A - 61 R UNICENTRO	MEDELLIN	3514747

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

Nombre y apellidos o razón social	Tipo de identificación	Número de identificación
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE REGIONAL ANTIOQUIA	NIT	8999990341

INFORMACIÓN BÁSICA DE LA PÓLIZA

Número de documento	Operación	Oficina	Ciudad expedición	Fecha de expedición
17231924	POLIZA NUEVA	4034	MEDELLIN	2026-04-10

Forma de pago	Número de riesgos vigentes	Referencia de pago	Producto	Moneda
CONTADO	1	012172319 24	SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (GARANTÍA ÚNICA)	PESO COLOMBIANO

COBERTURAS

Nombre	Fecha inicial	Fecha vencimiento	Valor asegurado	Prima
CALIDAD DEL SUMINISTRO	06-ABR-2026	30-ABR-2027	$6.000.000,00	$17.905
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	06-ABR-2026	30-ABR-2027	$6.000.000,00	$17.905
PAGO DE SALARIOS,PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	06-ABR-2026	30-ABR-2029	$6.000.000,00	$51.551

VALORES A PAGAR

Valor prima sin IVA	Valor IVA	Total a pagar	Valor asegurado	Total valor asegurado
$87.361	$16.599	$103.960	$18.000.000,00	$18.000.000,00

VALOR A PAGAR EN LETRAS : CIENTO TRES MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M/L

Página 1 de 3

Página 1 de 3

VIGENCIAS MOVIMIENTO Y PÓLIZA

8110136459

No soy un robot

Este sitio supera la cuota gratuita de reCAPTCHA Enterprise.

reCAPTCHA

Buscar

Datos de Póliza

Número de Póliza

4488418

Ramo

Soportes de Póliza

Expedición - Anexo 17231924

Fecha expedición: 10/04/2026

Soportes de Póliza

Expedición - Anexo 14238418

Fecha expedición: 17/04/2026



INFORMACIÓN DEL TOMADOR/CONTRATANTE

Nombre y apellidos o razón social	Tipo de identificación	Número de identificación
OXISALUD S.A.S.	NIT	8110136459
Dirección	**Ciudad**	**Teléfono**
CL 34 # 66 A - 61 R UNICENTRO	MEDELLIN	3514747

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre y apellidos o razón social	Tipo de identificación	Número de identificación
OXISALUD S.A.S.	NIT	8110136459

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre y apellidos o razón social	Tipo de identificación	Número de identificación
TERCEROS AFECTADOS		

INFORMACIÓN BÁSICA DE LA PÓLIZA

Número de documento	Operación	Oficina y ciudad expedición	Fecha expedición	Moneda
14238418	POLIZA NUEVA	4034 - MEDELLIN	2026-04-17	PESO COLOMBIANO
Forma de pago	**Número de riesgos vigentes**	**Referencia de pago**	**Producto**	**Índice variable**
ANUAL	1	01314238418	SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADO DE CUMPLIMIENTO	0%

INFORMACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Dirección	Ciudad	Departamento	Descripción sector
CL 34 # 66 A 61	MEDELLIN	ANTIOQUIA	SECTOR SERVICIOS
Actividad	**Código actividad**	**Descripción riesgo**	**Riesgo número**
HOSPITALES GENERALES, CLINICAS , CENTROS MEDICOS Y SIMILARES	153		1

COBERTURAS

Nombre	Valor asegurado	Valor movimiento	Índice variable	Prima	Valor IVA	Valor total a pagar
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL	$350.181.000,00	$350.181.000	0%	$774.236	$147.105	$921.341

DEDUCIBLES Y VALORES ASEGURADOS POR COBERTURA

Cobertura	Valor asegurado	Deducible
BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL	$350.181.000,00	15% DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 60 SMDLV

Página 1 de 3

VALORES A PAGAR

Valor prima sin IVA	Valor IVA	Total a pagar
$774.236	$147.105	$921.341
Valor asegurado	**Valor índice variable**	**Total valor asegurado**
$350.181.000		$350.181.000

Página 1 de 3

VALOR A PAGAR EN LETRAS : NOVECIENTOS VEINTI UN MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M/L

No soy un robot

Este sitio supera la cuota gratuita de reCAPTCHA Enterprise.

reCAPTCHA

Buscar

Datos de Póliza

Número de Póliza

1065306

Ramo

Soportes de Póliza

Expedición - Anexo 14238418

Fecha expedición: 17/04/2026

Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

Usuario Solicitante:	MHsimolina	SANDRA INES MOLINA GOMEZ
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	36-02-00-005-000000	SENA REGIONAL ANTIOQUIA-DIRECCION REGIONAL
Fecha y Hora Sistema:	10/04/2026 12:00:00 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 13326 de fecha 2026-01-21. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	73326	**Fecha Registro:**	2026-04-10	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		36-02-00-005-000000 SENA REGIONAL ANTIOQUIA-DIRECCION REGIONAL			
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00
Valor Inicial:	30.000.000,00	**Valor Total Operaciones:**	0,00			**Valor Actual:**	30.000.000,00	**Saldo x Obligar:**	30.000.000,00

TERCERO ORIGINAL

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

CUENTA BANCARIA

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

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	70695629	**Nombre:**	RAUL EMILIO OLARTE VARGAS	**Cargo:**	DIRECTOR REGIONAL - ANTIOQUIA

CAJA MENOR				VIÁTICOS				DOCUMENTO SOPORTE					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	CO1.PCCNTR.9437604	**Tipo:**	CONTRATO DE COMPRA VENTA Y SUMINISTROS	**Fecha:**	2026-04-10

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
101000 DESPACHO DIRECCION	C-3603-1300-20-20305C-3603025-03 TRANSF. CTES. - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	Nación	10	CSF		30.000.000,00	0,00		
					Total:	30.000.000,00	0,00	30.000.000,00	30.000.000,00

Objeto:	SERVICIO MEDICO- SUMINISTRAR DE FORMA PERIÓDICA E INTEGRAL OXIGENO MEDICINAL DOMICILIARIO, INSTITUCIONAL Y POR EVENTO, EQUIPOS HOSPITALARIOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DESTINADOS AL CUIDADO DE LOS BENEFICIARIOS DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL -SMA- DEL S

PLAN DE PAGOS							
DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
36-02-00-005-000000	SENA REGIONAL ANTIOQUIA-DIRECCION REGIONAL	3-8	CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF	2026-04-24	30.000.000,00	30.000.000,00	NINGUNO

PEREZ MADRID LILIANA MARIA

Firmado digitalmente por PEREZ MADRID LILIANA MARIA
Fecha: 2026.04.10 13:05:52 -05'00'

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

Certificado
Bancario

Viernes, 10 de julio de 2026

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que OXISALUD S A S identificado(a) con NIT 811013645, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA CORRIENTE	01201137711	1998/05/07	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.