

Número

YO, \_\_\_\_\_, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio, manifiesto que para los efectos señalados en el artículo 622 del código de comercio, autorizo expresa e irrevocablemente a OXIPRO S.A.S. o a quien esta empresa designe, para llenar sin previo aviso los espacios en blanco del pagaré No. \_\_\_\_\_, así:

1. El valor del pagaré será igual a todas las sumas de dinero que se adeuden a OXIPRO S.A.S., con relación al contrato de responsabilidad de equipos suscrito el día \_\_\_\_\_  
NOTA: los valores sufrirán modificaciones de acuerdo a los precios vigentes en el almacén, en el momento de hacer efectivo el pago de cualquiera de los elementos.
2. La fecha de creación y vencimiento del pagaré será aquella en la que se diligencien los espacios en blanco.
3. El lugar para efectuar el pago será en la sede de atención al cliente de OXIPRO S.A.S., y/o en el lugar que indique dicha empresa.
4. El pagaré así diligenciado presta mérito ejecutivo y será exigible sin más requisitos, ni requerimientos.
5. Se deja constancia que, en mi poder queda copia de la presente carta de instrucciones.
6. Los gastos originados por concepto de impuestos de timbre correrán a mi cargo.

Para constancia, se firma en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

INFORMACIÓN DE QUIEN ACEPTA TÉRMINOS DE PAGARÉ

Nombre: Yeni Astrid Rodríguez R  
Documento: 92320080 Parentesco: Hija  
Teléfono: 310/ 4903386 Cel: 3103060842  
Dirección: C/1 10 No 29-67  
EPS: ALIANZA  
Cotizante A Beneficiario \_\_\_\_\_ EPS-S \_\_\_\_\_

Firma



Hue



PAGARÉ

FORMATO  
GOL-SED-FR-08

Versión: 1

Actualización:  
07/07/2017

Página 1 de 1

Número			Fecha de vencimiento	dd	mm	aaaa
Valor	Equipo		Código			

YO, Yeni Astrid Rodríguez Rodríguez, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio, manifiesto que pagaré solidaria e incondicionalmente a la orden de OXIPRO S.A.S., en la ciudad de Bogotá, en sus oficinas de atención al cliente ubicadas en la Carrera 12 No. 71-32 Of. 702, la suma de

(\$ \_\_\_\_\_), M/TE, así como cualquier otra suma por concepto de intereses o que se derive de ella o que sea complemento de ella. En caso de mora reconoceré y pagaré intereses a la tasa máxima permitida por la ley, sin perjuicio a las demás acciones legales que la acreedora pueda ejercer. Serán de mi cargo los gastos, costos, y los honorarios de la cobranza judicial o extrajudicial. Declaro excusado el protesto del presente pagaré, así como la presentación para el pago y el aviso de rechazo.

Para constancia, se firma en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

INFORMACIÓN DE QUIEN ACEPTA TÉRMINOS DE PAGARÉ

Nombre: Yeni Astrid Rodríguez R  
 Documento: 52320.080 Parentesco: Hija  
 Teléfono: 9703386 Cel: 3103068842  
 Dirección: Cll 1D No 29-67  
 EPS: ALANSALUD  
 Cotizante  Beneficiario \_\_\_\_\_ EPS-S \_\_\_\_\_

Firma [Handwritten Signature] Huella \_\_\_\_\_



**DECLARACION DE CAPACITACION  
CONCENTRADOR PORTÁTIL**

**FORMATO  
GOL-SED-FR-05**

**Versión: 1 Actualización:  
07/07/2017**

**Página 1 de 1**

**DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO**

Fecha	dd	mm	aaaa	Hora
Ciudad				Documento identidad
Nombre del paciente				Documento identidad
Nombre responsable paciente				Documento identidad
Nombre funcionario				Documento identidad

**CAPACITACIÓN**

OXIPRO S.A.S. ha sido el proveedor encargado por su EPS para brindarle el servicio de Oxígeno Medicinal formulado por su Médico. Le damos la bienvenida, indicándole a continuación algunas instrucciones y recomendaciones a tener en cuenta para el adecuado y correcto funcionamiento de su servicio.

**DECLARACIÓN DE CAPACITACIÓN**

Yo (Paciente) \_\_\_\_\_ identificado con documento No. \_\_\_\_\_  
 atendido(a) actualmente por OXIPRO S.A.S. conforme lo indica la autorización de la EPS No. \_\_\_\_\_ o en mi calidad de  
 acudiente Yo \_\_\_\_\_ identificado con documento No. \_\_\_\_\_  
 responsable del paciente nombrado anteriormente, declaro que he recibido capacitación sobre el manejo y seguridad del dispositivo  
 médico entregado por OXIPRO S.A.S., y que además:

- He comprendido la información suministrada.
- Tengo claridad sobre el funcionamiento del equipo.
- Me encuentro en la capacidad de identificar en la orden médica el nivel de consumo de oxígeno medicinal formulado por el médico tratante.
- Puedo realizar el procedimiento para graduar los equipos al nivel consumo formulado por el médico tratante, visualizado en la Orden Médica.
- Declaro conocer y aceptar las normas sobre seguridad y sobre el correcto uso del concentrador de oxígeno.
- Conozco los riesgos inherentes a la manipulación de Oxígeno Medicinal.
- Declaro que fui lo suficientemente informado sobre la incompatibilidad del uso de oxígeno generado por el concentrador frente a productos como grasas, gasolina, aceites y derivados.
- Conozco el número de contacto y horario dispuesto por la compañía para Atención al Cliente:

Sede: lunes a viernes 8:00 a.m. a 1:30 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m.  
 Línea de Atención al Cliente: 644 6062  
 Solicitud de servicios: 7:00 a.m. a 7:00 p.m.  
 Emergencias: 7:00 p.m. a 7:00 a.m.

- Adquiero el compromiso de comunicarme a la línea de Atención al Cliente: 644 6062, toda vez que se presente un evento de riesgo o incapacidad en la manipulación del equipo.
- Declaro que no permitiré el uso o manipulación del concentrador por terceros NO beneficiarios (paciente) del servicio.

OXIPRO S.A.S. queda absuelta de toda responsabilidad por accidentes y problemas derivados a mi persona, como paciente beneficiario del suministro y/o a terceros ajenos al proceso cuando se violen o desconozcan los parámetros arriba mencionados, siendo estos complementarios a la permanente orientación que, con la entrega periódica del oxígeno y los elementos antes mencionados, efectúan nuestros funcionarios.

PACIENTE	RESPONSABLE DEL PACIENTE	FUNCIONARIO OXIPRO S.A.S.
Firma: _____	Firma: 	Firma: <u>MIGUEL SAUTOS</u>

**RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD**

**IMPORTANTE:** El equipo siempre se debe ajustar al consumo recetado por su médico. No hacerlo puede representar riesgos para su salud.

- No fumar en el Hogar. Fumar es además muy perjudicial para la salud.
- El oxígeno no es combustible, pero puede ser inflamable (aviva violentamente cualquier fuente de fuego), por ello es importante no colocar el aparato cerca de fuentes de calor (cocinas, estufas, radiadores, aparatos eléctricos, etc.).
- El equipo no debe cubrirse ni deben colocarse objetos sobre este.
- Se recomienda no utilizar cremas de mano ni facial, aerosoles, ungüentos, disolventes ni productos grasos en presencia de oxígeno.
- Las cánulas nasales no deben sobrepasar los 15 metros y no deben tener uniones (para evitar fugas).
- No se debe aumentar o disminuir NUNCA el flujo prescrito por el médico ni manipular el equipo de oxígeno.
- Mantener el aparato y sus accesorios (máscaras, cánulas nasales) en buen estado y sustituirlos por unas nuevas cuando se requiera.



**CONTRATO DE COMODATO  
CONCENTRADOR PORTÁTIL**

**FORMATO  
GOL-SED-FR-06**

Versión: 1

Actualización:  
07/07/2017

Página 1 de 2

**I. COMODANTE - OXIPRO S.A.S. (Representado por)**

Nombre comodante: OXIPRO S.A.S. Fecha: 10 / 4 / 2021

**II. DATOS COMODATARIO (Paciente)**

Nombre comodatario: Rubra Rodriguez Rodriguez Documento Identidad: 21.216.976  
 Dirección comodatario: Cll 1 D No 29-67 Teléfono comodatario: 3103060842  
 Dirección ubicación equipo: Cll 1 D No 29-67 Teléfono ubicación: 4703386  
 Descripción ubicación equipos: Paciente  Padre/Madre  Hijo(a)  Hermano(a)   
 Sobrino(a)  Tio(a)  Otro  ¿Cuál?  
 Ciudad: Bogotá Departamento: \_\_\_\_\_  
 Flujo (l/min): 3 Horas: 24 EPS: Alargasud Nivel IBC: \_\_\_\_\_

**III. DATOS FIRMANTE (A ruego)**

Persona que firma contrato: Paciente  A ruego  \*Diligencia únicamente si la firma es 'A Ruego'  
 Nombre: Yeni Astrid Rodriguez R Documento Identidad: 82320.080  
 Dirección: Cll 1 D No 29-67 Teléfono: 3103060842  
 Ciudad: Cll 1 D No 29-67 Departamento: E Cundinamarca  
 Parentesco: Padre/Madre  Hijo(a)  Hermano(a)  Sobrino(a)  Tio(a)  Otro  ¿Cuál?

**IV. REFERENCIAS PERSONALES**

1	Nombre: <u>Victor C. Rodriguez</u>	Dirección: <u>Cll 1 D No 29-67</u>	Parentesco: <u>Padre</u>
	Teléfono: <u>3192195084</u>	Celular: <u>3192195084</u>	
	Empresa: _____	Dir. Empresa: _____	Tel. Empresa: _____
2	Nombre: <u>Henry Rodriguez</u>	Dirección: <u>Cll 1 D No 29-67</u>	Parentesco: <u>Hermano</u>
	Teléfono: <u>3007486190</u>	Celular: <u>3007486190</u>	
	Empresa: _____	Dir. Empresa: _____	Tel. Empresa: _____

**V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)**

Equipo	Código	Valor CCIAL	Estado	Observaciones
Concentrador portátil	<u>3030216450134</u>	12,15 (SMLV)	B R M	
Batería		0,96 (SMLV)	R M	
Fuente de alimentación universal CA/CC		0,90 (SMLV)	X R M	
Cable de alimentación de CA		0,15 (SMLV)	X R M	
Cable de alimentación de CC		0,03 (SMLV)	X R M	
Bolsa de transporte concentrador + correa para el hombro		0,11 (SMLV)	X R M	
Bolsa de transporte de accesorios + correa para el hombro		0,6 (SMLV)	X R M	
Filtro		0,01 (SMLV)	X R M	

INSUMO

Cánula

EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S.

Firma: Miguel Santos  
 Nombre: Miguel Fernando Santos  
 Documento: \_\_\_\_\_

EL COMODATARIO (Paciente) y/o FIRMA "A RUEGO" POR INCAPACIDAD FISICA DEL COMODATARIO Y A FAVOR DE ESTE

Marque con una x la figura que firmará el presente contrato:

Paciente  A ruego

Firma: Yeni Astrid Rodriguez R  
 Nombre: Yeni Astrid Rodriguez R  
 Documento: 82.320.080