



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, _____, 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: <u>Camilo Eduardo Perdomo Mesa</u>	Firma	Huella
Documento: <u>79490014</u> Parentesco: <u>Hijo</u>		
Teléfono: <u>6788661</u> Cel: <u>3202680511</u>		
Dirección: <u>Calle 189 # 46-56 Int 1 Apto 104</u>		
EPS: <u>Sanitas</u>		
Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario _____ EPS-S _____		

DECLARACION DE CAPACITACION
CONCENTRADOR PORTATIL

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	Bogotá D.C.					
Nombre del paciente	Eduardo Perdomo Conde					1.653.874
Nombre responsable paciente	Segundo F. Perdomo H					21.470.014
Nombre funcionario	San Diego Lopez					SPM 573

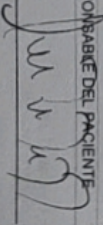
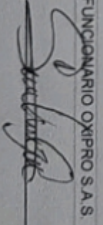
CAPACITACIÓN
OXIPRO S.A.S. ha sido el proveedor encargado por su EPS para brindar el servicio de Oxígeno Medicinal formulado por su Médico. Le damos la bienvenida, indicándole a continuación algunas instrucciones y recomendaciones a tener en cuenta para el adecuado y correcto funcionamiento de su servicio.

DECLARACIÓN DE CAPACITACIÓN

Yo (Paciente) _____ identificado con documento No. _____ o en mi calidad de atendido(a) actualmente por OXIPRO S.A.S. conforme lo indica la autorización de la EPS No. _____ identificado con documento No. 2856014 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 de 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, acetilas 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: 

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 (avira 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 09 2011

II. DATOS COMODATARIO (Paciente)
Nombre comodatario Eduardo Perdomo Gade Documento Identidad 1.653.824
Dirección comodatario Calle 189 # 46-56 Lt 1 AP 104 Teléfono comodatario 3202680511
Dirección ubicación equipo Calle 189 # 46-56 Lt 1 AP 104 Teléfono ubicación 3288661
Descripción ubicación equipos Paciente Sobrino (a) Padre/Madre Hijo(a) Otro
Ciudad Bogotá DC Departamento Cundinamarca
Flujo (l/min) 2 Horas 24 EPS Alianza EPS Nivel IBC

III. DATOS FIRMANTE (A riesgo)
Persona que firma contrato Paciente A riesgo
Nombre Camilo E. Perdomo H Documento Identidad 32490014
Dirección Calle 189 # 46-56 Lt 1 AP 104 Teléfono 3202680511
Ciudad Bogotá D.C. Departamento Cundinamarca
Parentesco Padre/Madre Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro

IV. REFERENCIAS PERSONALES
1 Nombre Han de Perdomo Dirección Calle 189 # 46-56 Lt 1 AP 104
Teléfono 3228860352 Celular Parentesco
Empresa Dir. Empresa Tel. Empresa
2 Nombre Eiber Garcia Dirección Celular Parentesco
Teléfono 3263422191 Celular Dir. Empresa Tel. Empresa
Empresa Dir. Empresa

V. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

Equipo	Código	Valor CIAL	Estado	Observaciones
Concentrador portátil	EBB012182B0073	12.15 (SMLV)	B R M	
Batería 20134B0650	Marca AIRSEP	0.96 (SMLV)	R M	
Fuente de alimentación universal CA/CC	Modelo FreeStyle 5 Ref. AS095-101	0.90 (SMLV)	R M	
Cable de alimentación de CA		0.15 (SMLV)	B R M	
Cable de alimentación de CC		0.03 (SMLV)	B R M	
Bolsa de transporte concentrador + correa para el hombro		0.11 (SMLV)	B R M	
Bolsa de transporte de accesorios + correa para el hombro		0.6 (SMLV)	B R M	
Filtro		0.01 (SMLV)	B R M	
INSUMO				
Canula				

EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S.
Firma:
Nombre: Camilo E. Perdomo H
Documento: SPM 593

EL COMODATARIO (Paciente) y/o FIRMA "A RIESGO" POR INCAPACIDAD FÍSICA DEL COMODATARIO Y A FAVOR DE ESTE
Marque con una x la figura que firmará el presente contrato:
 Paciente A riesgo
Firma:
Nombre: Eduardo Perdomo Gade
Documento: 32490014



OXÍGENOS MEDICINALES

CARTA DE ACEPTACIÓN PAGARÉ

FORMATO

GOL-SED-FR-07

Version: 1 Actualización:
07/07/2017

Página 1 de 1

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 de _____ del año _____.

INFORMACIÓN DE QUIEN ACEPTA TÉRMINOS DE PAGARÉ

Nombre: Camillo Eduardo Peñalosa Mesa
Documento: 79490014 Parentesco: Hijo
Teléfono: 6788661 Cel: 3202680511
Dirección: Calle 189 #46-56 Int 1 apto 104
EPS: Sanitas
Cotizante Beneficiario _____ EPS-S _____

Firma

Huella

