

**INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN**

Paciente	Jose Calderon	Documento	79.634.027	Dirección	Kra 83A # 61-65	Fecha	13/04/22
Entidad	Compensar.	Teléfono	3188478100	Consumo	2L/m	Autorización	
Solicitante	Jose Calderon	Parentesco	El paciente	Teléfono	3188478100		

**ORDEN DE SERVICIO**

Nro. Orden	130463834	Tipo de Servicio	Entrega concentrador portátil.	Observación	
------------	-----------	------------------	--------------------------------	-------------	--

**REVISIÓN TÉCNICA**

Presión O2	Flujo	Concentración	Filtro de aire	<input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Limpieza	Hora Con/trador	Código
------------	-------	---------------	----------------	---	-----------------	--------

**EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO**

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR	2021070000057	-	CBB0217510061	CONCENTRADOR			
C. RESPALDO	JP181685094			C. RESPALDO			
REGULADOR 540	BR-217688			REGULADOR 540			
C. PORTATIL				C. PORTATIL			
REGULADOR 870				REGULADOR 870			
CARRITO P.				CARRITO P.			

**EQUIPOS PRESENTES EN EL DOMICILIO**

CONCENTRADOR	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--------------	--	-------------	--	-------------	--	---------------	--	---------------	--	---------	--

**REPORTE DE DAÑOS**

Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant	Daño/Perdida	V/unit	Cant
Filtro Externo Central	\$5.000	/	Soporte Filtro Lateral	\$15.000	/	Carcasa Con/trador	\$150.000	/	Adaptador Salida Humidificador	\$20.000	/
Filtro Externo Lateral	\$5.000	/	Manija	\$50.000	/	Cable de Poder	\$20.000	/	Carrito Portatil	\$20.000	/
Base Concentrador	\$80.000	/	Flujómetro	\$80.000	/	Adapt a Humidificador	\$15.000	/	Regulador 870	\$80.000	/
Rueda	\$20.000	/	Switch de Encendido	\$15.000	/	Panel Frontal	\$80.000	/	Regulador 540	\$80.000	/
Soporte Filtro Central	\$15.000	/	Botón de Reset	\$10.000	/	Tapa de Filtro Interno	\$20.000	/	Otros		

Nro. Reporte	Recibo Manual	Recibo CRM	Valor de Daños \$	Valor Pagado \$
--------------	---------------	------------	-------------------	-----------------

Observaciones de la Visita (Ejemplo: Descripción del daño):  
 Se entregan equipos probados y revisados en perfectas condiciones, se entrega cañula y humidificador nuevos y en buen estado. Se entrega concentrador portátil con batería # 2017360673 - cable de poder y cargador para carro. Se entrega maletín en buen estado.  
 Funcionario Entrega: Walter Ray Joley Documento: JRY 874 Hora Servicio: 13:36

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE**

**RECOGIDA DE EQUIPOS**

Yo declaro hacer devolución de los Equipos de Oxígeno Domiciliario por el siguiente motivo: (Escribir el Motivo)  
**FALLECIMIENTO** Fallecimiento del Paciente.  
**VOLUNTARIA** Devolución Voluntaria.  
**ORDEN MÉDICA** Por Orden Médica.  
**CAMBIO** Cambio de Proveedor.  
**AFILIACIÓN** Estado Afiliación EPS.

**CONSUMIBLES RECIBIDOS**

Me entregaron los siguientes Consumibles (Escribir SI o NO)  
 HUMIDIFICADOR   
 CÁNULA   
 TRAMPA DE AGUA

**PAGOS**

HE PAGADO LA SUMA TOTAL POR CONCEPTO DE:

Cuota Moderadora	Daño Equipo	Otros Pagos	Total
\$	\$	\$	\$

**CALIDAD DEL SERVICIO**

CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)  
**EXCELENTE** BUENO REGULAR MALO MUY MALO  
EXCELENTE

**AUTORIZACIÓN HABEAS DATA** En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data, regulado por la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el ingreso de mis datos personales en el presente Contrato, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica [protecciondedatos@oxiprosas.com](mailto:protecciondedatos@oxiprosas.com) en calidad de RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S queda autorizada para recolectar, compilar, almacenar, usar, circular, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprimir y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto social de la Compañía y en especial para Capacitación, Historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y medicamentos, Encuestas de Opinión, atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares, Servicios de arrendamiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones, Control de Inventarios, Gestión de cobros. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

**INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO**

Nombre	Jose Vicente Calderon Sanchez	Firma		Huella
Documento	79634027	Parentesco:		
Teléfono	3188478100	Cel:		
Dirección Actual	CRA 83A # 61-65 Sur			

Nº  
**OX-CC 018573**

**CONTRATO DE COMODATO DE EQUIPOS PARA PACIENTES**  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO BOGOTÁ 4320520  
LINEA DE ATENCIÓN AL USUARIO EJE CAFETERO: 3302770-3401511-3147912353

Código: GGL-SED-FR-02  
Fecha: Agosto 04 de 2017  
Versión: 2  
Página 1 de 2

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

Nombre Comodante	OXIPRO S.A.S "OXIPRO"	Fecha	13. 04 2022.
------------------	-----------------------	-------	--------------

**II. DATOS COMODATARIO - (PACIENTE)**

Nombre Comodatario	Jose Calderón	Documento Identidad	79.634.027.
Dirección Comodatario	Carrera 83A # 61-65 sur.	Tel Comod	318.847.8100.
Dirección Ubicación Equipo	Carrera 83A # 61-65 sur.	Tel Ubicac	318.847.8100.
Descripción Ubicación Equipos	<input checked="" type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Otro		
Ciudad	Bogotá	Departamento	Cundinamarca
Flujo (L/min)	2.L.	Horas	24h
EPS	Compenzar	Nivel IBC	

**III. DATOS FIRMANTE "A RUEGO"**

Persona que Firma Contrato	<input checked="" type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> "A Ruego" El numeral III debe ser diligenciado únicamente si la firma es "A Ruego"		
Nombre	Jose Calderon	Documento Identidad	79.634.027.
Dirección	Carrera 83A # 61-65 sur.	Teléfono	318.847.8100.
Ciudad	Bogotá d.c.	Departamento	Cundinamarca
Parentesco	<input type="checkbox"/> Padre / Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Otro		

**IV. REFERENCIAS PERSONALES**

1 Nombre	Yudy Rubio	Dirección	Carrera 83A # 61-65 sur.
Teléfono		Celular	35054007-01.
Parentesco	Conyugue.		
2 Nombre	Jose Ignacio Calderon	Dirección	Carrera 83A # 61-65 sur.
Teléfono		Celular	318.847.8100.
Parentesco	Hijo.		

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

EQUIPO	CODIGO	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
Concentrador	2021070506657. Marca: YuYuwell.	4 (SMLV)	1	X M	●	
Cilindro de Respaldio	JP481685094.	1 (SMLV)	1	X M	●	
Regulador de Cilindro	RR-21768B	0,15 (SMLV)	1	X M	●	
Cilindro Portátil		0,35 (SMLV)		B M	●	
Regulador C Portátil		0,18 (SMLV)		B M	●	
INVENTARIO DEL ESTADO DE LOS COMPONENTES DEL CONCENTRADOR	COMPONENTE	VL. CCIAL	CANT	ESTADO	INI	OBSERVACIONES
	Panel	0,71 (SMLV)	1	X M	●	
	Filtros	0,01 (SMLV)	3	X M	●	
	Flujómetro	0,35 (SMLV)	1	X M	●	
	Interruptor Encendido	0,02 (SMLV)	1	X M	●	
	Cable	0,01 (SMLV)	1	X M	●	
Ruedas	0,04 (SMLV)	4	X M	●		
Cabina			1	X M	●	
INSUMO	Humidificador	X	Cánula	X	Carrito	Trampa de Agua

**AUTORIZACIÓN HABEAS DATA** En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data, regulado por la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el ingreso de mis datos personales en el presente Contrato, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S identificada con NIT 900.481.014-0 y dirección electrónica [protecciondatos@oxiprosas.com](mailto:protecciondatos@oxiprosas.com) en calidad de RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. OXIPRO S.A.S queda autorizado para recolectar, compilar, almacenar, usar, circular, compartir, comunicar, procesar, actualizar, cruzar, transferir, transmitir, depurar, suprimir y disponer mis datos personales aquí suministrados, de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto social de la Compañía y en especial para Capacitación, Historial clínico, programas de promoción y prevención, registro de exámenes diagnósticos, gestión de órdenes médicas y medicamentos, Encuestas de Opinión, atención al cliente (gestión PQRS), procedimientos administrativos, cumplimiento / incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de estadísticas internas, Remisión de información a los titulares, Servicios de arrendamiento de equipos, Campañas de actualización de datos e información de cambios en el tratamiento de datos personales, Envío de comunicaciones, Control de Inventarios, Gestión de cobros. Finalmente declaro que la información y datos personales que he dispuesto para el tratamiento por parte de OXIPRO S.A.S la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

**EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S**

Firma del Comodante (Representante): *Walter Rey Sobr*  
Nombre Comodante (Representante): **Walter Rey Sobr**  
Documento Identidad (Representante): **1.020.727.756**

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

Marque con una X la figura que firmará *presente contrato*  Paciente  "A Ruego"

Firma del Comodatario: *Jose Calderon*  
Nombre del Comodatario: **Jose Calderon**  
Documento Identidad del Comodatario: **79634027 BTB**


**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 13 04 2022

## II. DATOS COMODATARIO (Paciente)

Nombre comodatario Jose Calderon. Documento Identidad 79.634.027.  
 Dirección comodatario Carrera 83A # 61-65 sur. Teléfono comodatario 318 847 8100.  
 Dirección ubicación equipo Carrera 83A # 61-65 sur. Teléfono ubicación 318 847 8100.  
 Descripción ubicación equipos  Paciente Padre/Madre Hijo(a) Hermano(a)  
 Sobrino(a) Tío(a) Otro ¿Cuál?  
 Ciudad Bogotá. Departamento Condinamarca.  
 Flujo (l/min) 2.L. Horas 24H. EPS Compen Sur. Nivel IBC

## III. DATOS FIRMANTE (A ruego)

Persona que firma contrato  Paciente A ruego \*Diligencia únicamente si la firma es "A Ruego"  
 Nombre Jose Calderon. Documento Identidad 79.634.027.  
 Dirección Carrera 83A # 61-65 sur. Teléfono 318 847 8100.  
 Ciudad Bogotá. Departamento Condinamarca.  
 Parentesco Padre/Madre Hijo(a) Hermano(a) Sobrino(a) Tío(a) Otro ¿Cuál?

## IV. REFERENCIAS PERSONALES

	Nombre	Dirección	Parentesco
1	Yudy Rubio.	Carrera 83A # 61-65 sur. Celular 3505400701	Esposa.
2	Jose Ignacio Calderon.	Carrera 83A # 61-65 sur. Celular 318 847 8100	Hijo.

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

Equipo	Código	Valor CCIAL	Estado	Observaciones
Concentrador portátil	C880217510061	12,15 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
	Marca AIRSEP			
	Modelo FreeStyle 5 Ref. AS095-101			
Batería	2017360673.	0,96 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
Fuente de alimentación universal CA/CC		0,90 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
Cable de alimentación de CA		0,15 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
Cable de alimentación de CC		0,03 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
Bolsa de transporte concentrador + correa para el hombro		0,11 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
Bolsa de transporte de accesorios + correa para el hombro		0,6 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
Filtro		0,01 (SMLV)	<input checked="" type="checkbox"/> R M	
INSUMO		Cánula		

EL COMODANTE – OXIPRO S.A.S.

Firma:

Nombre:

Documento:

Walter Reyesola

1-020727736

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:

Nombre:

Documento:

Jose Calderon

79634027 BTA

	<b>DECLARACION DE CAPACITACION CONCENTRADOR PORTÁTIL</b>		<b>FORMATO</b>	
			<b>GOL-SED-FR-05</b>	
	Versión: 1		Actualización: 07/07/2017	
	Página 1 de 1			

DATOS PACIENTE Y FUNCIONARIO					
Ciudad	Bogotá d.c.	Fecha	13 04 2022	Hora	13:57.
Nombre del paciente	Jose Calderon	Documento identidad	79.634.027.		
Nombre responsable paciente	Yudy Rubio	Documento identidad	52.752.058.		
Nombre funcionario	Walter Rey Soler	Documento identidad	1.020.727.936		

**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.

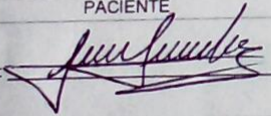
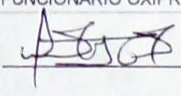
**DECLARACIÓN DE CAPACITACIÓN**  
 Yo (Paciente) \_\_\_\_\_ identificado con documento No. \_\_\_\_\_, atendido(a) actualmente por OXIPRO S.A.S. conforme lo indica la autorización de la EPS No. \_\_\_\_\_, o en mi calidad de acudiente Yo \_\_\_\_\_ identificado con documento No. \_\_\_\_\_ responsable 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: 

**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 sustituirlas por unas nuevas cuando se requiera.

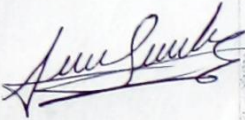

 <b>OXI Pro</b> OXIGENOS MEDICINALES	<b>PAGARÉ</b>	<b>FORMATO</b>	
		<b>GOL-SED-FR-08</b>	
		Versión: 1	Actualización: 07/07/2017
		<b>Página 1 de 1</b>	

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>Jose Vicente Calderón Sanchez</u>	Firma	Huella
Documento: <u>79634027</u> Parentesco: _____		
Teléfono: <u>318 847 8100</u> Cel: _____		
Dirección: <u>CRA 83 A # 61-65 SUR</u>		
EPS: <u>Compenzar</u>		
Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario _____ EPS-S <u>Compenzar</u>		



CARTA DE ACEPTACIÓN PAGARÉ

FORMATO

GOL-SED-FR-07

Versión: 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: <u>Jose Vicente Palderon Sanchez</u>	Firma	Huella
Documento: <u>79634077</u> Parentesco: _____		
Teléfono: <u>318 847 8100</u> Cel: _____		
Dirección: <u>CRA 83 A # 61-65 Sur</u>		
EPS: <u>Compenzar</u>		
Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario _____ EPS-S <u>Compenzar</u>		