

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente	<i>Olga Arango Bermudez</i>	Documento	<i>34059 419</i>	Dirección	<i>M746CS18 2500 lotes</i>	Fecha	<i>21023</i>
Entidad	<i>Nuevo EPS</i>	Teléfono	<i>3152709414</i>	Consumo	<i>9eu 4120</i>	Satisfacción	
Solicitante		Parentesco		Teléfono			

ORDEN DE SERVICIO

Nro. Orden	Tipo de Servicio	Observación

REVISIÓN TÉCNICA

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

EQUIPOS: MOVIMIENTOS, INVENTARIO Y ESTADO

Códigos Equipos Entregados				Códigos Equipos Recogidos			
CONCENTRADOR				CONCENTRADOR			
C. RESPALDO				C. RESPALDO			
REGULADOR 540				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 type="checkbox"/> NO	C. RESPALDO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	C. PORTATIL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 540	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGULADOR 870	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CARRITO	<input type="checkbox"/> SI <input 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/traidor	\$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 entrega equipo CPAP 4217602126 + humidificador 42114301030 + manguera + manguera con junta + maximo nasal talla S + galleta + tarjeta seguimiento + filtro cable externa

Funcionario Entrega: *[Firma]* Documento: *42120764*

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

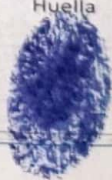
CALIFICO EL SERVICIO COMO (Escribir la Calificación)

EXCELENTE
BUENO
REGULAR
MALO
MUY MALO

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 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.

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre *Olga Arango Bermudez* Firma *Olga Arango Bermudez*

Documento *34059 419* Parentesco: _____ Huella 

Teléfono *3152709414* Cel: _____

Dirección Actual *M746CS18 2500 lotes, Calle A. B.*



CONSENTIMIENTO INFORMADO
TRATAMIENTO SAHOS

FORMATO

GOL-SED-FR-09

Versión: 3

Actualización:
28/06/2023

Página 1 de 1

Ciudad: Popayán Fecha: Octubre 2/2023
Yo (Paciente) Olga Arango Bermudez identificado con documento No. 34.017.419
atendido(a) actualmente por OXIPRO S.A.S. conforme lo indica la autorización de la EPS, o en mi calidad de acudiente Yo
_____ identificado con documento No. _____, responsable del
paciente nombrado anteriormente, con domicilio M746018 2-500 107a otorgo mi consentimiento al
tratamiento de SAHOS, con el equipo CPAP autorizado por la EPS
_____ con presiones 9cm H2O

Declaro haber sido informado(a) y haber comprendido el tratamiento para SAHOS, que me autorizó la EPS y que se requiere presión positiva para el manejo de la patología, además se me ha informado de las consecuencias que se pueden generar en caso de no llevar a cabo dicho tratamiento, así como los efectos secundarios que se pueden presentar con el tratamiento.

Las molestias y/o los posibles efectos secundarios con los equipos de presión positiva se describen a continuación.

- La mayoría de los pacientes que usan el CPAP/BPAP pueden tener por lo menos un efecto secundario.
- Las primeras noches de uso del CPAP/BPAP pueden ser difíciles para el paciente experimentando sueño más deficiente al comienzo por lo que es importante estar preparado para inconvenientes hasta que se logre la adaptación al tratamiento con CPAP/BPAP.
- Sensación de claustrofobia o sofocación por usar la mascarilla facial.
- Lesiones en la piel del rostro por presión en el área donde se coloca la mascarilla facial.
- Congestión o hemorragias nasales.
- Dolor de ojos y conjuntivitis.
- Dolor o resequedad de la garganta.
- Dolores de cabeza.
- Distensión abdominal.
- Malestar en los músculos del pecho.

OBSERVACIONES

Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en el de consentimiento Informado.

Paciente o Acudiente	Funcionario OXIPRO S.A.S
Firma: <u>Olga Arango Bermudez</u>	Firma: <u>[Firma]</u>
Nombre: <u>Olga Arango Bermudez</u>	Nombre: <u>Alvaro Alvarez</u>
Documento: <u>34017419</u>	Documento: <u>42120364</u>

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 documento autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S. NIT 900.481.014-0, para realizar el tratamiento mis datos personales de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto social y Política que se encuentra en la página web www.oxiprosas.com.
*Cualquier inquietud consultar la página web www.oxiprosas.com, o escribirnos al correo protecciondedatos@oxiprosas.com.



DECLARACION DE CAPACITACION CPAP/BPAP

FORMATO

GOL-SED-FR-05

Versión: 3

Actualización: 28/06/2023

Página 1 de 1

Yo (Paciente) Olga Arango Bermudez identificado con documento No. 34057.419 atendido(a) actualmente por OXIPRO S.A.S. conforme lo indica la autorización de la EPS, o en mi calidad de acudiente Yo _____ identificado con documento No. _____, responsable del paciente nombrado anteriormente, declaro que he recibido capacitación sobre el manejo, cuidados y recomendaciones de seguridad del dispositivo médico entregado por OXIPRO S.A.S., y que además:

- He comprendido la información suministrada.
• Me encuentro en capacidad de instalar adecuadamente el equipo entregado.
• Tengo claridad sobre cuál es el procedimiento para limpieza diaria del equipo.
• Tengo claridad sobre el funcionamiento del equipo.
• Conozco el número de contacto y horario dispuesto por la compañía para Atención al Cliente: BOGOTA: (601) 4320520, (601) 7563771, EJE CAFETERO (606) 3402658.
• Adquiero el compromiso de comunicarme a la línea de Atención al Cliente, toda vez que se presente un evento de riesgo o incapacidad en la manipulación del equipo.
• No permitiré la manipulación o uso de equipo por terceros, ajenos al paciente y cuidador.

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 del equipo y los elementos antes mencionados, efectúan nuestros funcionarios.

Form fields: Ciudad (Potosí), Fecha (Octubre 2/2023), Nombre del paciente (Olga Arango Bermudez), Documento (34.057.419)

Signature table with columns: Funcionario OXIPRO S.A.S. and Persona quien recibe la capacitación. Includes fields for Firma, Nombre, and Documento for both parties.

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 documento autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S. NIT 900.481.014-0, para realizar el tratamiento mis datos personales de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto social y Política que se encuentra en la página web www.oxiprosas.com. *Cualquier inquietud consultar la página web www.oxiprosas.com, o escribimos al correo protecciondedatos@oxiprosas.com.



CONTRATO DE RESPONSABILIDAD DE EQUIPOS CPAP/BPAP

FORMATO

GOL-SED-FR-19

Versión: 3

Actualización: 28/06/2023

Página 1 de 3

I. COMODANTE – OXIPRO S.A.S. (Representado por)

Nombre Comodante	OXIPRO S.A.S.	Fecha	20	10	2023.
------------------	---------------	-------	----	----	-------

II. DATOS DEL PACIENTE

Nombre	Olga Arango Bonalde	Documento Identidad	34 059 419
Dirección	1746CS 78 2-5001. Cecilia A. Bonalde	Teléfono	
Ciudad	Perseñ	Departamento	Risaralda
EPS	Nueve eps.		

III. DATOS DEL COMODATARIO

Nombre		Documento Identidad	
Parentesco		Teléfono	
Dirección		Ciudad	
Correo Electrónico		Departamento	

IV. INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)

Equipo	Código	Observaciones
CPAP	E2117602126	
BPAP		
AUTO CPAP		
BPAP VENTILADOR		
Manguera corrugada	Si	
Máscara con arnés	Si	
Maletín	Si	
Cable de Poder (corriente)	Si	
Tarjeta de datos	Si	
Filtro	Si	
Humidificador	Si H2114B01030	
Otro		

Las partes definidas arriba en los numerales I y III que en adelante serán referidas como **COMODANTE** y **COMODATARIO**, han convenido celebrar un contrato de comodato que se registrá por las cláusulas que a continuación se enuncian y en lo previsto en ellas por las disposiciones legales aplicables a la materia de qué trata el presente acto jurídico. **CLÁUSULA PRIMERA** - Objeto: **EI COMODANTE** entrega físicamente a **EL COMODATARIO** a título de COMODATO, el(los) equipo(s) descrito(s) anteriormente en numeral IV. **INVENTARIO DE EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS (Estado)** para uso exclusivo e intransferible de **EL PACIENTE** descrito en el numeral II. **INFORMACION DEL PACIENTE**. El régimen Legal que rige este contrato es el contenido en los artículos 2200 y siguientes del Código Civil Colombiano. El **COMODANTE** podrá estar representado en este acto por funcionarios o empleados bajo su subordinación, quienes lo representarán en todo lo relacionado con el desarrollo, ejecución y terminación del mismo. Ellos tendrán las mismas facultades, derechos y obligaciones establecidas en la legislación colombiana para el Factor, según lo establecido en los Artículos 1332 y siguientes del Código de Comercio. **CLÁUSULA SEGUNDA** - Propiedad de los equipos: **EL COMODATARIO** reconoce y acepta que el(los) equipo(s) descrito(s) anteriormente en el presente contrato, es(son) de propiedad exclusiva de **EL COMODANTE**. **EL COMODATARIO** será responsable de la adecuada utilización del(los) equipo(s) y pagará el costo que cause cualquier reparación y los repuestos necesarios para la misma, si el daño es causado por el mal uso o por el maltrato de todo el equipo o de alguno de sus componentes. **CLÁUSULA TERCERA** - Estado de equipos: **EL COMODANTE** entrega a **EL COMODATARIO** en perfecto estado de funcionamiento, conservación y apto(s) para su uso el(los) equipo(s) descrito(s) en el numeral IV. **INVENTARIO EQUIPOS E INSUMOS ENTREGADOS**, quien declara haberlo(s) recibido en dicha forma, y lo ratifica con la suscripción del presente documento. **CLÁUSULA CUARTA** - Traslado de equipos: El(los) equipo(s) no podrá(n) ser trasladado(s) por **EL COMODATARIO**, ni por **EI PACIENTE**, ni por terceros a un lugar diferente al relacionado como **DIRECCION UBICACIÓN DE LOS EQUIPOS**. Cualquier movilización solo podrá ser autorizada por **EL COMODANTE** previamente, de lo contrario se tomaría esta acción como una apropiación del(los) equipo(s) con las



CONTRATO DE RESPONSABILIDAD DE EQUIPOS CPAP/BPAP

FORMATO

GOL-SED-FR-19

Versión: 3

Actualización: 28/06/2023

Página 2 de 3

consecuencias penales previstas en el art. 249 del Código Penal Colombiano, que sanciona el delito de ABUSO DE CONFIANZA con penas de MULTA y PRISIÓN. **CLÁUSULA QUINTA** - Pérdida, Daño, Hurto de Equipos: En caso de pérdida, destrucción parcial, destrucción total o hurto del(los) equipo(s), el valor del(los) mismo(s) será asumido en su totalidad por el COMODATARIO a favor de El COMODANTE, de acuerdo a las tarifas de valor comercial de los equipos. **CLÁUSULA SEXTA** - Obligaciones del COMODATARIO: En virtud del presente contrato, el COMODATARIO está obligado a: a) Conocer y aplicar las recomendaciones de seguridad y manejo de los equipos de suministro de oxígeno entregados, y en caso de desconocimiento solicitar información a EL COMODANTE; b) Cuidar y mantener en buen estado el(los) equipo(s) recibido(s) en comodato y descrito(s) en la CLÁUSULA PRIMERA de la presente relación contractual, respondiendo por todos los daños que no se deriven del deterioro normal por su uso legítimo; c) Mantener el(los) EQUIPO(S) en buen estado de conservación; d) Restituir el(los) EQUIPO(S) por vencimiento o suspensión del vínculo del Paciente con la respectiva EPS, cuando el Paciente se traslade a una EPS diferente a la descrita inicialmente, cuando suceda la muerte del Paciente o cuando se de a lugar la cesación del procedimiento médico y por lo tanto suspensión del suministro del oxígeno como consecuencia de dicha cesación y a instancias de cualquier determinación de la EPS; e) Adelantar el trámite de autorizaciones del El Paciente ante la EPS; f) Cancelar el valor de los servicios adicionales a los autorizados por la EPS o los que se generen tras la pérdida o suspensión de sus derechos del Paciente ante la EPS. g) Que se utilicen el(los) EQUIPO(S) de acuerdo con el uso autorizado; h) Dar aviso a EL COMODANTE de cualquier deterioro o falla que sufra(n) el(los) EQUIPO(S), especialmente si del mismo se deriva algún riesgo para su correcto funcionamiento y permitir a EL COMODANTE la respectiva gestión para restablecer el buen funcionamiento del(los) equipo(s); i) Oponerse en su calidad de tenedor contra cualquier acción de terceros que afecte el uso tranquilo y pacífico del(los) EQUIPO(S) por parte de El Paciente, o la propiedad de este en cabeza de El COMODANTE, o cualquier otra perturbación que se presentare, dando aviso del hecho a EL COMODANTE a más tardar dentro de los dos (2) días siguientes a la ocurrencia; j) La transferencia del(los) EQUIPO(S) a cualquier título a un tercero. k) Responder por el buen uso y trato del (los) EQUIPO(S) entregado(s). En caso de que hubiere de efectuarse cualquier reparación al(los) EQUIPO(S), por el mal uso o maltrato por parte del COMODATARIO o del el Paciente, los costos de la reparación correrán a cargo de éste, e igualmente, por los eventuales perjuicios derivados del incumplimiento de las obligaciones de conservación previstas en los arts. 2202 y 2203 del C.C. l) Realizar el pago de los copagos y/o cuotas moderadoras a que haya lugar, durante la vigencia del contrato. m) Las demás obligaciones propias de la naturaleza de este tipo de contratos. **CLÁUSULA SÉPTIMA** - Terminación del contrato: Si EL COMODATARIO incumple cualquiera de las obligaciones a su cargo, EL COMODANTE podrá exigir la restitución de los equipos y dar por terminado el presente contrato. **CLÁUSULA OCTAVA** - Otras causales de terminación del contrato: El contrato termina además en los siguientes casos: 1) Por muerte de El Paciente; 2) Si sobreviene a EL COMODANTE una necesidad imprevista del(los) equipo(s); 3) Si el COMODATARIO o el paciente da al(los) equipo(s) un uso distinto al convenido en este contrato; 4) Por traslado no informado o autorizado del (los) equipo(s); 5) Por concepto médico que así lo determine. 6) Por pérdida o suspensión de derechos del paciente ante la respectiva EPS que no sea solucionada dentro del mes que se presenta la situación, o a instancias de cualquier determinación de la EPS. 6) Cuando El Paciente se traslade a una EPS diferente a la descrita inicialmente o cambio de ciudad donde El COMODANTE no tenga cobertura. **PARAGRAFO. PRIMERO:** Restitución: En estos casos la restitución deberá hacerla El COMODATARIO o sus herederos en el momento en que así lo solicite EL COMODANTE, sin que pueda excusarse de restituir el(los) equipo(s), ni alegar en caso alguno derecho de retención. En cualquier caso, el COMODATARIO deberá restituir el(los) equipo(s) en el mismo estado en que lo(s) recibió. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Renuncia a los requerimientos: Al presentarse alguna de las causales de terminación del contrato, El COMODANTE podrá solicitar la restitución inmediata del(los) equipo(s) entregados en comodato, sin que sea necesaria la realización de requerimiento alguno para constituir en mora al COMODATARIO, entendiéndose que con la firma del presente documento se renuncia a los mismos. **CLAUSULA NOVENA-** Consecuencias Legales: En caso de incumplimiento en la restitución de los equipos e insumos entregados AL COMODATARIO, como consecuencias legales EL COMODANTE podrá solicitar la restitución de equipos a través del Proceso Civil de Restitución de Tenencia de acuerdo con el art. 385 del Código General del Proceso, con el fin de obtener la devolución, y las demás acciones civiles encaminadas al pago de los eventuales perjuicios. También se podrá acudir al Proceso Penal por el delito de Abuso de Confianza previsto en el art. 249 del Código Penal, que contempla una pena de prisión de dieciséis (16) a treinta y seis (36) meses y multa hasta de quince (15) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para quien se apropie de cosa mueble entregada a título no traslativo de dominio. **CLÁUSULA DECIMA** - Cláusula Penal: En caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones emanadas de este contrato, la parte incumplida deberá pagar a la otra, una suma equivalente a DOS SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES. Para hacer efectivo el cobro de la referida penalidad, se considera el presente contrato como título ejecutivo suficiente y no será necesaria la formulación de requerimiento previo alguno, en virtud de la renuncia que se entiende efectuada con la firma del presente documento. **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA** - Visitas de verificación: EL COMODANTE puede realizar visitas periódicas al lugar de ubicación de los equipos para verificar el estado actual del(los) equipo(s). **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA** - Buen estado de los equipos: EL COMODATARIO declara que: a la fecha de este documento ha recibido de El COMODANTE los equipos, conoce cabalmente el(los) equipo(s) que recibe en comodato o préstamo de uso y por consiguiente no podrá exigir de El COMODANTE las indemnizaciones a que se refiere el artículo 2217 del Código Civil por mala calidad o condición del(los) equipo(s), ni alegar derecho de retención por estos. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA** - Las partes establecen como domicilio contractual y judicial la ciudad de Bogotá D.C. por lo cual establecen las siguientes direcciones: EL COMODANTE OXIPRO S.A.S. en la dirección de notificación Carrera 22 No. 168-40 Bogotá. EL COMODATARIO en la Dirección descrita anteriormente en numeral III DATOS DEL COMODATARIO. **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA** - Autorización Habeas Data: En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data, regulado por la Ley 1581 de 2012 y sus



CONTRATO DE RESPONSABILIDAD DE EQUIPOS CPAP/BPAP

FORMATO



GOL-SED-FR-19

Versión: 3

Actualización: 28/06/2023

Página 3 de 3

Decretos reglamentarios, con el ingreso de mis datos personales en el presente documento, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO SAS identificada con NIT 900481014 y dirección electrónica protecciondedatos@oxiprosas.com en calidad de RESPONSABLE, para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales. Declaro conocer que la firma digitalizada será de uso exclusivo para dar validez al presente documento. *Para mayor información consultar el respaldo de este documento o nuestra página web www.oxiprosas.com. **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA** - Autorización Reporte A Las Centrales De Riesgo: Con la firma del presente contrato, EL COMODATARIO declara que la información que ha suministrado es verídica y da su consentimiento expreso e irrevocable al COMODANTE para: 1. Consultar, en cualquier tiempo, y en cualquier central de información de riesgo legalmente autorizada, toda la información relevante para conocer su desempeño como deudor, su capacidad de pago o para valorar el riesgo de futuro incumplimiento. 2- Reportar a cualquier central de información de riesgo legalmente autorizada, datos sobre el cumplimiento oportuno o el incumplimiento de sus obligaciones contractuales o crediticias, o de sus deberes de contenido patrimonial derivados del presente contrato, de tal forma que estas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de su desempeño como deudor. 3- Suministrar a cualquier central de información de riesgo legalmente autorizada, datos relativos a las relaciones comerciales, contractuales y socioeconómicas que haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. La autorización otorgada por EL COMODATARIO para el tratamiento de información crediticia y la responsabilidad a cargo de EL COMODANTE, para el manejo de dichos datos, se encuentran enmarcadas dentro de los postulados de orden superior establecidos en los artículos 15 y 20 de la Constitución Política y desarrollados por la Ley Estatutaria 1581 de 2012, reglamentada parcialmente por el Decreto 1377 de 2013. **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA** - El contrato podrá ser firmado por el representante legal de El COMODANTE o el funcionario que este designe, y por EL COMODATARIO, quien reconoce estarse obligando de forma libre y voluntaria, y en pleno uso de sus facultades mentales. En constancia de todo lo anterior se suscribe por las partes, en dos (2) ejemplares del mismo tenor y valor, en la Ciudad de Peruá, Departamento de Morona, el día 02 del mes 10 año 2023.

EL COMODATARIO		EL COMODANTE - OXIPRO S.A.S. (Representado por)	
Nombre	<u>Olga Anango Bermúdez</u>	Nombre	<u>Olivera @/vare</u>
Documento	<u>34.059.419</u>	Documento	<u>4212074</u>
Firma	<u>Olga Anango Bermúdez</u>	Huella	
		Firma	


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	Olga Arango Bermudez		Firma	Huella
Documento	3405949	Parentesco	Olga Arango Bermudez	
Teléfono	3152709414	Cel		
Dirección	M7 46 CS 18 2500 Cota. Conda A. Bermudez			
EPS:	Nueve EPS.			
Cotizante	A	Beneficiario		

INFORMACIÓN DE QUIEN ACEPTA TÉRMINOS DE PAGARÉ

Nombre			Firma	Huella
Documento		Parentesco		
Teléfono		Cel		
Dirección				
EPS:				
Cotizante		Beneficiario		

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 documento autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S. NIT 900.481.014-0, para realizar el tratamiento mis datos personales de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto social y Política que se encuentra en la página web www.oxiprosas.com.
*Cualquier inquietud consultar la página web www.oxiprosas.com, o escribirnos al correo protecciondedatos@oxiprosas.com.


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 Calle 82 # 19 a - 17 Consultorio 204, 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 LOS TÉRMINOS DEL PAGARÉ

Nombre					
Documento	Dirección				
Teléfono					Celular
EPS					ARL
Cotizante					Beneficiario
Firma			Huella		

INFORMACIÓN DE QUIEN ACEPTA LOS TÉRMINOS DEL PAGARÉ

Nombre	Olga Arango Bermúdez				
Documento	34059419	Dirección			
Teléfono	3152709414	Celular			
EPS					ARL
Cotizante					Beneficiario
Firma			Huella		
Olga Arango Bermúdez					

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 documento autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a OXIPRO S.A.S. NIT 900.481.014-0, para realizar el tratamiento mis datos personales de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto social y Política que se encuentra en la página web www.oxiprosas.com. *Cualquier inquietud consultar la página web www.oxiprosas.com, o escribimos al correo protecciondedatos@oxiprosas.com.