

## ACTA DE COMPROMISO

Siendo las \_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2021, y estando reunidas la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO LEON XIII - LTDA. N° 520, identificada con RUC N° 20157084926, con domicilio para estos efectos en el Jirón San Martín N° 656, distrito y provincia de Trujillo, departamento de La Libertad, debidamente representada por su GERENTE GENERAL Sr. \_\_\_\_\_, identificado con DNI N° \_\_\_\_\_; con poderes inscritos en la Partida Electrónica N° \_\_\_\_\_ del Registro de Personas Jurídicas de la Zona Registral N.º V - Sede Trujillo, a quien en adelante se le denominará LA COOPERATIVA, y de la otra parte en representación del – **COLABORADOR o SOCIO** - Sr.(a) \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI N° \_\_\_\_\_; su familiar Sr.(a) \_\_\_\_\_, identificado (a) con DNI N° \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, distrito de \_\_\_\_\_, provincia de \_\_\_\_\_, departamento de \_\_\_\_\_, a quien en adelante se le denominará EL FAMILIAR, acuerdan bajo los siguientes términos:

- LA COOPERATIVA entrega a EL FAMILIAR, en calidad de préstamo un BALÓN DE OXÍGENO LLENO, el cual se encuentra en optimas condiciones, en calidad de nuevo y cuenta con su VÁLVULA + un KIT COMPLETO para su uso, el mismo que será utilizado por el paciente Sr. (a) \_\_\_\_\_, identificada con DNI N° \_\_\_\_\_, el mismo que se desempeña en La Cooperativa de Ahorro y Crédito León XIII Ltda. 520, como: **(Si es COLABORADOR indicar el puesto si es SOCIO consignarlo)**, por haber contraído el COVID-19 y encontrarse delicado de salud.
- El FAMILIAR se compromete a informar MENSUALMENTE el estado de salud del SOCIO (socio/delegado/directivo) o TRABAJADOR, caso contrario la COOPERATIVA ejecutará el proceso de devolución.
- Una vez culminado el tratamiento o cuando ya no sea necesario su uso en el tratamiento médico de nuestra (o) \_\_\_\_\_ - **Consignar si es TRABAJADOR o SOCIO** -, EL FAMILIAR se compromete a DEVOLVER el BALÓN DE OXÍGENO + VÁLVULA + KIT COMPLETO a LA COOPERATIVA, en el mismo estado y condición en el cual le fue entregado, de no cumplir con dicha devolución, EL FAMILIAR asumirá el costo del valor total de los artículos prestados por la Cooperativa, quedando a salvo, el derecho de la COOPERATIVA a iniciar las acciones para el cobro respectivo.

Las partes suscriben la presente, comprometiéndose a cumplir y hacer cumplir lo estipulado en el presente documento.

Firman los participantes de esta sesión en señal de conformidad y suscriben la presente acta.

\_\_\_\_\_  
**LA COOPERATIVA**

\_\_\_\_\_  
**EL FAMILIAR**