

## CO-OPS-FT-11 V6

|                                          |                                  |             |              |                           |          |           |
|------------------------------------------|----------------------------------|-------------|--------------|---------------------------|----------|-----------|
| Periodo a Certificar:                    | Desde:                           | 1-nov.-2021 | Hasta:       | 30 nov.-21                |          |           |
| Nombre del Contratista:                  | LOZANO MORALES ANGEL EDUARDO     |             | Cédula:      | 80367605                  |          |           |
| Correo Electrónico:                      | ANGLOZ2005@YAHOO.ES              |             | Teléfono[s]: | 3216686020                |          |           |
| Nombre del Supervisor - Planta:          |                                  |             | Cargo:       | Código-Grado:             |          |           |
| Nombre del Supervisor - Contratista:     | LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ |             | Perfil:      | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | No. CTO: | 7773-2021 |
| Apoyo técnico a la supervisión - Planta: |                                  |             | Cargo:       | Código-Grado:             |          |           |

|                               |                         |              |      |                           |      |
|-------------------------------|-------------------------|--------------|------|---------------------------|------|
| NO CONTRATO:                  | 7843-2021               | Año Contrato | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 3071 |
| PERFIL:                       | CONDUCTOR DE AMBULANCIA |              |      |                           |      |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | URGENCIAS               |              |      |                           |      |
| UNIDAD DE SERVICIOS :         | TUTIAL                  |              |      |                           |      |

| SERVICIOS                                   |              | UNIDAD | CENTRO DE COSTOS                                    | CANT HORAS ESTANDAR | CANT HORAS ADICIONALES | VALOR HORA | TOTAL        | PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS |
|---------------------------------------------|--------------|--------|-----------------------------------------------------|---------------------|------------------------|------------|--------------|---------------------------------|
| DIRECCION DE AMBULATORIOS                   | Ocultar      |        |                                                     |                     |                        |            |              |                                 |
| DIRECCION DE URGENCIAS                      | Mostrar      |        |                                                     |                     |                        |            |              |                                 |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS                  | Mostrar      |        |                                                     |                     |                        |            |              |                                 |
| UCI PEDIATRICA                              | Mostrar      |        |                                                     |                     |                        |            |              |                                 |
| UCI NEONATAL                                | Mostrar      |        |                                                     |                     |                        |            |              |                                 |
| UCI ADULTOS                                 | Mostrar      |        |                                                     |                     |                        |            |              |                                 |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS                   | Mostrar      |        |                                                     |                     |                        |            |              |                                 |
| CONVENIO APH                                | Mostrar      |        |                                                     |                     |                        |            |              |                                 |
| SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO |              | APH    | G01TP122                                            | 240                 |                        | \$ 8.424   | \$ 2.021.760 | 100,00%                         |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES:                | \$ 2.021.760 |        | DOS MILLONES VEINTIUN MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS |                     |                        |            |              |                                 |

[illegible]

|                            |                          |                  |                    |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 6.267.456               | \$ 6.267.456             | \$ 2.021.760     | \$ 4.245.696       |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS ( Las estipuladas en la minuta ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION                                                           | PRODUCTO O EVIDENCIA                                   |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1                                                         | Prestar servicios como apoyo administrativo logístico (conductores) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, durante el tiempo requerido para satisfacer las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E S E , cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | se prestan servicios de conductor de ambulancia según cronograma de actividades mensual                                              | programación de actividades mensual                    |
| 2                                                         | Dar respuesta oportuna al direccionamiento de eventos, atenciones, traslados y despachos dados por la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud (DUES) y por el Centro Regulador de urgencias y Emergencias (CRUE), garantizando la oportunidad, pertinencia, calidad y continuidad de la atención prehospitalaria durante los procesos de traslados, valoraciones y despachos a la Institución de Salud, cumpliendo con los procedimientos, guías, instructivos y protocolos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E S E , para la atención de pacientes del programa de atención Prehospitalaria                                                                                                                                                                                                | se reciben los despachos generados por el CRUE, generando oportunidad en la atención de pacientes bajo los lineamientos establecidos | registro de atención, bitácora de traslados            |
| 3                                                         | Cumplir con el procedimiento de atención prehospitalaria, registrando todo tipo de novedad o necesidades administrativas y/o asistenciales para garantizar la operatividad de la unidad móvil, verificar y salvaguardar cada uno de los equipos biomédicos asignados a las unidades móviles del Programa de Atención Prehospitalaria, además cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional (Chaqueta, camisa, pantalón, botas, carné de la Subred y de Misión Médica) durante el desarrollo de las actividades contractuales                                                                                                                                                                                                                                                             | Se realiza la entrega y recibo de turno según los lineamientos de la Subred Sur                                                      | libro de entrega y recibo de turno                     |
| 4                                                         | Dar un correcto y adecuado uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet incluyendo cargadores y radiocomunicaciones) asignados a las unidades móviles adscritas al programa de atención prehospitalaria para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la unidad funcional o con quien ella designe, realizar el registro en el sistema de información del 100% de los formularios de inspección pre operacional y de tipología vehicular (herramientas) adicional debe registrar las novedades de tipología y de funcionamiento del vehículo que se generen durante el desarrollo de las actividades.                                                                            | se realiza el desplazamiento a los diferentes direccionamientos dados por el CRUE cumpliendo los tiempos establecidos                | bitácora de desplazamientos                            |
| 5                                                         | Cumplir con las indicaciones del líder de la tripulación (médico en las unidades móviles de mediana complejidad (TAM) y en la de baja complejidad (TAB) al médico regulador) quien define en cada caso las instrucciones en el proceso de atención para obtener el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad, disponibilidad, eficiencia, dando cumplimiento a los direccionamientos dados por la subdirección centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, así mismo realizar el adecuado reporte de novedades o incidentes presentados durante la operación de las móviles adscritas al Programa de Atención Prehospitalaria, siempre por medio del equipo de radiocomunicaciones a la central y por medio de celular y aplicativos al profesional de enlace asignado. | se realiza custodia durante el desarrollo de las actividades de los elementos asignados a la móvil                                   | libro de novedades                                     |
| 6                                                         | Revisar de manera mensual mediante el módulo de inventario de herramientas, apoyar al equipo de calidad y gestión externa del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias. En el día asignado para entrega de certificaciones de actividades se debe presentar personalmente para realizar la entrega de informe de actividades (inspección pre operacional, inventario mensual de herramientas, bitácoras durante el mes) y revisión del cumplimiento de las mismas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se asiste a las reuniones convocadas por la coordinación                                                                             | Listado de asistencia                                  |
| 7                                                         | Cumplir con la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias del programa de atención Prehospitalaria programados por la DUES, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E S E , y/o las convocadas por la unidad funcional APH Sur.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | se cumplen con las demás actividades programadas por la coordinación del programa aph                                                | libro de novedades, libro de recibo y entrega de turno |
| 8                                                         | Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Registro por libro de bitácoras                                                                                                      | libro de novedades, libro de recibo y entrega de turno |

No more OSUdmg MAO



## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL                        |     | FECHA DE PAGO |     |     | NÚMERO DE PLANILLA                    | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR |                                                                                            |
|------------------------------------------------------|-----|---------------|-----|-----|---------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| AÑO                                                  | MES | AÑO           | MES | DÍA |                                       |                                            |                                                                                            |
| 2021                                                 | 10  | 2021          | 11  |     |                                       |                                            |                                                                                            |
| VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS |     |               |     |     | PESOS                                 |                                            |                                                                                            |
| ÍTEM                                                 |     |               |     |     | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL | INGRESO BASE DE COTIZACIÓN                 | VALOR APORTADO<br>(Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV |
| PENSIONADO                                           |     |               |     |     | NO                                    | COLPENSIONES                               |                                                                                            |
| SALUD                                                |     |               |     |     |                                       | COMPENSAR EPS                              |                                                                                            |
| ARL                                                  |     |               |     |     | 4                                     | SURA                                       | \$ 908.526                                                                                 |
| CAJA DE COMPENSACION                                 |     |               |     |     | NO                                    |                                            | \$                                                                                         |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

|                   |                        |             |         |            |              |
|-------------------|------------------------|-------------|---------|------------|--------------|
| ENTIDAD BANCARIA: | BATICO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 488424482708 |
|-------------------|------------------------|-------------|---------|------------|--------------|

Angel Eduardo Lozano

LOZANO MORALES ANGEL EDUARDO

NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA

80.367.605

CC. NO. CONTRATISTA

Juliana Marcela Rubiano Martínez

JULIANA MARCELA RUBIANO MARTÍNEZ

NOMBRE DEL SUPERVISOR

PROFESIONAL ESPECIALIZADO

0

NOMBRE DEL APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN

Medellín, 19 de noviembre de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

**CERTIFICA:**

Que ANGEL EDUARDO LOZANO MORALES identificado(a) con cédula de ciudadanía 80367605 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 20/11/2021

Fecha fin cobertura:

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

SUB RED SUR N900958564

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000006 - APH CONVENIO SUR

**CLASE:** 4 **PORCENTAJE:** 4,35% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

4603101 - EMPRESAS DEDICADAS AL TRANSPORTE NO REGULAR INDIVIDUAL DE PASAJEROS

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

4603101 - EMPRESAS DEDICADAS AL TRANSPORTE NO REGULAR INDIVIDUAL DE PASAJEROS

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 4603101

**CLASE DE RIESGO:** 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4,35%

**Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago:** La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1:** Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

19/11/2021 8.21 AM

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

VIGILADO



CERTIFICACIÓN

Bogotá  
COLOMBIA

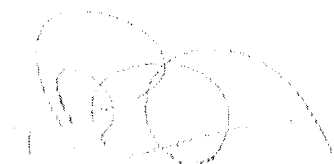
2021/10/13

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **LOZANO ANGEL EDUARDO** con Cédula de Ciudadanía número **80367605** posee en el Banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

Número: 488424482708  
Fecha apertura: 2021/10/13

Cordialmente,



Firma Autorizada  
Banco Davivienda









**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) ANGEL EDUARDO LOZANO MORALES identificado(a) con cedula ciudadania 80.367.605, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro  |
|------------------|---------------|
| 20211014         | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 19 días del mes de Noviembre de 2.021

**Observaciones:**

**Con destino a:**

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,  
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO  
17308452

CER-AFI

