Perfil de usuario



ANDRES FELIPE VERA GUTIERREZ

CONDUCTOR AMBULANCIA

Contrato Actual: 7767-2022

3235845728 andres.vera700@gmail.com

Información del contratista

Tipo de documento Cédula de ciudadania	Banco BANCOLOMBIA S.A
No. de documento 1022999016	Tipo de cuenta AHORRO
Sede SUBRED	No. de cuenta 9494245571

La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el **21/10/2022**.

RELACION DE CUENTAS 71914

Buscar

CREAR CUENTA +

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
71914	7767	2022-09-01 / 2022-09-30	$5,147,064	$2,013,336	42.72	$6,900,379	APROBADA	
67814	7767	2022-08-01 / 2022-08-31	$3,133,728	$2,072,304	26.01	$8,913,715	APROBADA	
62663	7767	2022-07-16 / 2022-07-31	$1,061,424	$1,061,424	8.81	$10,986,019	APROBADA	

NOMBRE	DOCUMENTO	CORREO	CELULAR	BANCO	TIPO DE CUENTA	NO. DE CUENTA
ANDRES FELIPE VERA GUTIERREZ	1022999016	andres.vera700@gmail.com	3235845728	BANCOLOMBIA S.A	AHORRO	9494245571

PERIODO	SUPERVISOR	CONTRATO CDP / CRP	CENTROS DE COSTO	DOCUMENTO EQUIVALENTE	NO. PLANILLA	PLANILLA
2022-07-16 / 2022-07-31	CESAR LEONARDO DIAZ MORENO	7767 1323 / 25441	• KE10G01-51 - 100 %	• EQUIVALENTE-1022999016-20220720044812-DOCUMENTO EQUIVALENTE JULIO 22-firmado.pdf	1022999016	• PLANILLA-1022999016-20220720044812-CERTIFICADOS UNIFICADOS JULIO.pdf

VALOR TOTAL MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	VALOR A LIBERAR	SALDO POR EJECUTAR	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
$12,047,443	$1,061,424	$1,061,424		$10,986,019	8.81%

ID	OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
16898457	1) Prestar servicios como conductor de ambulancias.	• CUMPLO LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS AL MOMENTO DE LA CONTRATACION Y QUE REPOSAN EN LA PLATAFORMA DEL SECOP II EN DOCUMENTOS DEL CONTRATO	• PROTOCOLOS Y NORMAS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO
16898458	2) Reportar las novedades de las móviles relacionadas con el mantenimiento del vehículo.	• REALIZO A TIEMPO LOS REPORTES AL SUPERVISOR DE TURNO PARA EL MANEJO Y SEGUIMIENTO NECESARIO PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LA MOVIL EN CASO DE PRESENTARSE ALGUNA NOVEDAD CON ESTA	• GENERAR REPORTE DE MÓVIL PREOPERACIONAL O EN EL MOMENTO QUE SE PRESENTE LA NOVEDAD (COOPERAR CON EL ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD FUNCIONAL)
16898459	3) Diligenciar los registros de traslados, formatos de facturación, informes de actividades y hacer entrega de los mismos según las orientaciones del supervisor.	• HAGO DILIGENCIAMIENTO DE CONTROL DE MÓVIL SEMANAL Y MENSUAL COMO SEA REQUERIDO	• ENTREGAR FORMATOS DE CONTROL DE MÓVIL SEMANAL Y MENSUAL A LA OFICIA DE ACUERDO A FORMATO ESTABLECIDO
16898460	4) Velar por la existencia en el vehículo de insumos como combustible, oxígeno, extintor de incendios entre otros.	• HAGO DILIGENCIAMIENTO DE CONTROL DE LA MÓVIL, ENTREGAS DE TURNO, SEGUIMIENTO A SOAT, CONTROL DE GASES	• MÓVIL CON INVENTARIO COMPLETO EN RELACIÓN A LO QUE TIENE QUE VER CON EL CONDUCTOR
16898461	5) Establecer las relaciones de coordinación con los auxiliares y médicos para el manejo de pacientes y la adecuada prestación de los servicios de salud.	• CUMPLO Y APORTO A UN TRABAJO EN EQUIPO CON LA TRIPULACIÓN ESTABLECIDA PARA LA MÓVIL ASIGNADA AL TURNO	• ACTITUD DE TRABAJO EN EQUIPO (ACTAS EN CASO DE DIFICULTADES QUE SE PRESENTEN)
16898462	6) Cumplir las normas de tránsito y de seguridad en los vehículos y velar por el cumplimiento de las mismas por parte de los tripulantes.	• CUMPLO LAS NORMAS DE TRÁNSITO, Y LAS NORMAS DE SEGURIDAD VIAL DEFINIDAS EN LA INSTITUCIÓN	• REPORTES EN LA MATRIZ DE SEGURIDAD VIAL (SEGUIMIENTO A COMPARENDOS, FALLAS DE TRÁNISTO)
16898463	7) Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención.	• NOTIFICO DIFICULTADES EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES	• ACTAS, NOVEDADES EN CASO DE SER REQUERIDO

16898464	8) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	• VELO POR LA COMPLETITUD, POR EL CUIDADO, POR EL BUEN USO DE ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES	• CONTROL DE INSUMOS GENERADOS POR EL APOYO ADMINISTRATIVO, AUDITORIAS DE HABILITACIÓN A LA MÓVIL, NOVEDADES REPORTADAS POR EL TALLER EN RELACIÓN AL USO DE LA MOVIL
16898465	9) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	• ASISTO A CAPACITACIONES, LECTURA DE DOCUMENTOS DEFINIDOS PARA APORTAR A EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES	• ACTAS DE ASISTENCIA Y DEMAS SOPORTES QUE SE REQUIERAN PARA SOPORTAR LO DEFINIDO
16898466	10) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	• RECONOZCO Y DOY CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO, PROTOCOLOS, PROGRAMAS, GUÍAS, MANUALES, POLÍTICAS INSTITUCIONALES	• REPORTES DE SEGURIDAD, REPORTE DE NOVEDADES, EVALUACIONES DE ADHERNECIA A PROCESOS DE MANERA ALEATORIA, APOYAR LA GESTIÓN EN CUANTO A LA OPERACIÓN DE LAS MÓVILES
16898467	11) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	• HAGO DILIGENCIAMIENTO DE REGISTROS COMO CONTROL DE VEHÍCULOS, ENTREGA DE TURNO, REGISTROS SOLICITADOS ENTRE OTROS	• REGISTROS DEFINIDOS EN CADA CASO (VERIFICACIÓN DE ENTREGA DE TURNO). CONTROL DE LAVADOS DE MÓVIL, CERTIFICACIÓN POR LIDER DE MÓVI, SEGUNDA INSTANCIA POR LIDER Y APOYO DEL PROCESO
16898468	12) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	• REALIZO PAGO Y ENTREGAR SOPORTES A LA OFICINA CADA MES	• PLANILLA DE PAGO DE LOS PARAFISCALES (PILA)
16898469	13). Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes.	• CUMPLO CON LAS HORAS DE INICIO DE TURNO CON ANTELACIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DEL TURNO	• PROTOCOLOS Y NORMAS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO
16898470	14). Realizar los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados ordenados por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE, en los tiempos designados.	• GARANTIZO LA ATENCIÓN OPORTUNA Y EFICIENTE A LA POBLACIÓN EN SITUACIONES DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES, LAS CUALES ME SEAN DIRECCIONADAS POR EL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE.	• PROTOCOLOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO
16898471	15). Mantener la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes.	• REALIZO LAS ACCIONES NECESARIAS PARA EL CUIDADO DE LA MÓVIL Y SU BUENA PRESENTACION AL MOMENTO DE ATENDER UN SERVICIO COMO TAMBIEN AL MOMENTO DE FINALIZAR MI TURNO.	• MANEJO, CUIDADO Y PROTECCION A LA MOVIL DADA PARA LA PRESTACION DEL TURNO
16898472	16) Desarrollar las actividades programadas, en los horarios asignados, según cronogramas establecidos por la Subred.	• DESDE QUE MI SERVICIO LO PERMITA PARTICIPO EN LAS ACTIVIDADES INTERNAS Y EXTERNAS QUE LA SUBRED NOS CONVOQUE	• SISTEMA INFORMATIVO - PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
16898473	17) Permanecer en contacto y coordinación con el tecnólogo mecánico para el reporte de daños, mantenimientos preventivos y correctivos, reparaciones y mal funcionamiento del vehículo y responder a los requerimientos que se hagan para el adecuado funcionamiento de la ambulancia.	• REALIZO INFORME CONSTANTE AL SUPERVISOR DE TURNO SOBRE LAS ANOMALÍAS QUE SE ENCUENTREN EN LA MÓVIL, COMO TAMBIEN LA COMUNICACIÓN CON EL TECNÓLOGO MECÁNICO PARA EL REPORTE DE DAÑOS, MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS, REPARACIONES Y MAL FUNCIONAMIENTO DEL VEHÍCULO Y RESPONDER A LOS REQUERIMIENTOS QUE SE HAGAN PARA EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LA AMBULANCIA.	• PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
16898474	18) Desarrollar las actividades de acuerdo a la programación de actividades asignadas, según cronogramas previamente establecido, sin que estas actividades superen las 12 horas continuas.	• ASISTO A CAPACITACIONES, ACTIVIDADES, LECTURA DE DOCUMENTOS DEFINIDOS PARA APORTAR A EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES EN EL TIEMPO QUE LA PRESTACION DE MI SERVICIO ME LO PERMITA	• CUANDO SE REQUIERA
16898475	19). Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente.	• PORTO, RESPETO Y RESPONDO POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS AL MOMENTO DE MI CONTRATACIÓN Y HAGO LA DEBIDA ENTRADA DE LOS MISMOS EN CASO DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO,	• PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES
16898476	20). Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.	• ASISTO Y PARTICIPO EN LAS CAPACITACION DADAS POR LA SUBRED A LO QUE LA DISPONIBILIDAD DE LOS TURNOS ME LO PERMITA PARA CONOCER Y EJECUTAR EL MANUAL DE BIOSEGURIDAD EN SU TOTALIDAD AL MOMENTO DE PRESTAR MI SERVICIO	• PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
16898477	21). Informe y registro oportuno de datos críticos del vehículo.	• REALIZO LOS APORTES O SEGUIMIENTO NECESARIO PARA LA REALIZACIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LA MOVIL ASIGNADA	• GENERAR REPORTE DE MÓVIL PREOPERACIONAL O EN EL MOMENTO QUE SE PRESENTE LA NOVEDAD (COOPERAR CON EL ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD FUNCIONAL)
16898478	22). Reporte y registro de sucesos de seguridad.	• REALIZO NOTIFICACIÓN INMEDIATA A LOS SUPERVISORES O REFERENTES SOBRE LOS HECHOS QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO	• PROTOCOLOS Y NORMAS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO
16898479	23) Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cabal cumplimiento de las actividades.	• PARTICIPO PARA EL CUMPLIMIENTO AL 100% DE MI SERVICIO EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO, Y QUE MI SERVICIO ME PERMITA HACERLO	• CUANDO SE REQUIERAN
16898480	24). Brindar trato digno, atención humana, eficaz, cálida tanto al cliente interno como externo que requiera el servicio, acorde con las obligaciones contractuales.	• GARANTIZO LA ATENCIÓN OPORTUNA Y EFICIENTE A LA POBLACIÓN EN SITUACIONES DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES, LAS CUALES ME SEAN DIRECCIONADAS POR EL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE, TENIENDO SIEMPRE ACCIONES DE RESPETO Y TRATO DIGNO DE QUIENES EN ESTAS INTERVENGAN.	• PROTOCOLOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO
16898481	25) Mantener comunicación fluida y asertiva con médicos y auxiliares y los colaboradores del programa de atención prehospitalaria y de las diferentes IPS.	• INFORMO A CADA UNO DE LOS PROFESIONALES Y AUXILIARES QUE ATIENDAN EL SERVICIO QUE SE LLEVE, TODO LO PERTINENTE A LA EMERGENCIA ATENDIDA CON EL MAYOR RESPETO QUE SE MERECE CADA UNO DE ELLOS	• SISTEMA INFORMATIVO - PROTOCOLOS INSTITUCIONALES

16898482	26). Cumplir con la confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.	• GARANTIZARE QUE TODO LO QUE SE PRESENTE Y SE DIGA AL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO POR EL CUAL NOS CONTRATARON SE MANEJARA CON LA CONFIDENCIALIDAD QUE LA MISMA REQUIERA CUMPLIENDO CON LOS CONDUCTOS DE MANEJO QUE SE ESTABLEZCAN PARA LA MISMA	• PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
16898483	27). Responder oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.	• GARANTIZO LA ATENCIÓN OPORTUNA Y EFICIENTE A LA POBLACIÓN EN SITUACIONES DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES, LAS CUALES ME SEAN DIRECCIONADAS POR EL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE.	• PROTOCOLOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO
16898484	28). Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.	• ASISTO A LAS UNIDADES DE ANÁLISIS CUANDO SE REQUIERE	• CUANDO SE REQUIERA
16898485	29). Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	• DESDE QUE MI SERVICIO LO PERMITA PARTICIPO EN LAS ACTIVIDADES INTERNAS Y EXTERNAS A LAS QUE LA SUBRED NOS CITE.	• SISTEMA INFORMATIVO - PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
16898486	30). Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del sistema de PQRS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE.	• CON EL DIRECCIONAMIENTO QUE SE ME DA AL MOMENTO QUE ME SEA CONVOCADO, ASISTO A LAS CITACIONES QUE MI SERVICIO GENERE	• NORMATIVIDAD Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
16898487	31). Verificación preoperacional del vehículo.	• LA INSPECCIÓN VISUAL DEL VEHÍCULO LA REALIZO DE MANERA CONSCIENTE EN CADA LUGAR Y ESPACION EN PRO DE LA SEGURIDAD DE LA TRIPULACIÓN Y EL PACIENTE	• MANEJO, CUIDADO Y PROTECCION A LA MOVIL DADA PARA LA PRESTACION DEL TURNO
16898488	32). Mantener la confidencialidad, reserva de la información, preservar los vehículos y los sistemas de comunicaciones que la Subred proporcione para la ejecución del contrato.	• GARANTIZO POR MI PARTE QUE AL MOMENTO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO TODO LO QUE PASE SERA MANEJADO CON LA CONFIDENCIALIDAD QUE ESTOS MEREZCAN CUIDANDO TODOS LOS MEDIOS DE COMUNICACION QUE PARA ESTEN ESTABLECIDOS	• PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
16898489	33) Propender por el cuidado personal durante la prestación del servicio, utilizando en debida forma los protocolos y elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada e informar la ocurrencia de algún siniestro (accidente) durante la ejecución de las actividades del objeto contractual, así como propender por el autocuidado de su salud, cumpliendo con las normas y recomendaciones para evitar la propagación del COVID-19.	• APLICO LOS PROCEDIMIENTOS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL, GESTIÓN AMBIENTAL Y CALIDAD QUE LA INSTITUCIÓN POSEE PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO FIRMADO.	• PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
16898490	34). Hacer uso racional, eficiente de los recursos hídricos, energéticos y demás puestos a su disposición, así como contribuir con la gestión de residuos, gestión ambiental, promover hábitos que coadyuven a proteger el medio ambiente.	• HAGO CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, MANEJOS Y NORMAS ESTABLECIDAS PARA LOS HÁBITOS QUE AYUDAN A PROTEGER EL MEDIO AMBIENTE	• CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVADAD ESTABLECIDA POR EL CONTRATANTE PARA ESTE FIN
16898491	35). Responder por la custodia, administración, mantenimiento, aseguramiento y manejo de los elementos dispuestos para el desarrollo de las actividades.	• CUIDO Y MANEJO CON PRECAUCIÓN LOS ELEMENTOS QUE ME SEAN ENTREGADOS PARA LA PRESTACIÓN DE MI SERVICIO, AL MOMENTO DE TERMINAR MI CONTRATO HARE EL TRÁMITE CORRESPONDIENTE DANDO ENTREGA O TRASPASO DE LOS MISMO A QUIEN ME DIRECCIONEN HACERLO	• PROTOCOLOS DE CONTRATACION PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO
16898492	36). Cargar los documentos del contrato, informe de actividades contractuales, planilla del pago de Aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI) a la Plataforma Transaccional SECOP II, acorde con los lineamientos y guías de la Agencia Nacional para la Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente.	• CONOCER, ACATAR, CUMPLIR Y REALIZAR TODO PROCESO ESTABLECIDO POR LA PLATAFORMA SECOP II PARA LA LEGALIDAD DEL CONTRATO ESTABLECIDO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE Y EL CONTRATISTA	• DOCUMENTO DEL CONTRATO, INFORME DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES, PLANILLA DE PAGO DE LOS PARAFISCALES (PILA)
16898493	37) Es responsabilidad del Contratista cumplir con los tiempos estipulados por el Centro Regulador de Urgencias y el Convenio de Atención Prehospitalaria, tales como los establecidos para: Cambio de vehículo cuando se requiera, cambios de turno, esto con el fin de evitar tiempos prolongados innecesarios en las IPS o superar los tiempos establecidos para protocolos de aseo y desinfección, entre otros-	• CUMPLIR LAS NORMAS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES ESTABLECIDOS POR LA SUBRED PARA CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES U OBLIGACIONES A REALIZAR	• PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTUCIONALES CUMPLIDOS
16898494	38) Otras actividades asignadas de acuerdo al objeto del contrato y a las necesidades del servicio, las cuales pueden ser desempeñadas en cualquiera de las ambulancias Medicalizadas de la Subred de Servicios de Salud Suroccidente.	• DEMAS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADOS DE ACUERDO A SU PERFIL SOPORTES DE LO ASIGNADO	• CUANDO SE REQUIERA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANDRES FELIPE VERA GUTIERREZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1022999016	
CORREO ELECTRONICO:	andres.vera700@gmail.com				CELULAR:	3235845728	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO PLACA JQV135				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10G01-51	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	9494245571				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	7767			VIGENCIA		2022	
NÚMERO DE CDP	1323	FECHA	2022-07-02 14:57:33.000	NÚMERO DE CRP	25441	FECHA	2022-07-08 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	CONDUCTOR AMBULANCIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2022-07-16		2022-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,061,424				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$12,047,443
VALOR EJECUTADO	$1,061,424
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,061,424
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$10,986,019
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	9%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1022999016	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2022. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANDRÉS FELIPE VERA GUTIÉRREZ

CC. 1.022.999.016 DE BOGOTÁ D.C.

La suma de **$ 1.061.424** por concepto de: ***Prestar Servicios de apoyo a la Gestión Administrativa y/o asistencial en el área de ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E*** como ***CONDUCTOR***, durante el periodo de **16 al 31 de Julio de 2022**, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicio No. 7767-2022

ANDRES VERA

ANDRÉS FELIPE VERA GUTIÉRREZ

CC. 1.022.999.016 DE BOGOTÁ D.C.
CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA
NÚMERO 09494245571

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | salud eps

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 15 07 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): 59

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Vera | Gutierrez | Andres V | Felipe
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1022949016
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 08 10 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia | 12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ] | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SURA | 16. Administradora de pensiones: Colfondos
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.000.000
18. Residencia: Cra 111 # 190 - 16 Sur | 3235845728
andres.vera700@gmail.com | Bogota | Zona Urbana [X] Rural [ ] | USME | Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: ANDRES VERA
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento: 1022949016

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1	Vera	Olaya	Dama	Canila	TI	1.023.009.502	X	
B2	Vera	Tigue	Zoe	Luciana	RC	1.034.327.470	X	
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M T P	Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1	16 12 2013	HIJ				Bta	X		Cund		
B2	28 01 2021	HIJ					X		Cund		
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Col.		
B	[illegible]	101
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social
36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento D D M M A A A A | 42. Fecha D D M M A A A A
43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

ANDRES VERA
64. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

15 JUL 2022
Cod 625 Patricia Maria Manotas Rodriguez
SUJETO A VERIFICACIÓN
55. El empleador, aportante, entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación D D M M A A A A
69. Fecha de validación D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Aporte Julio 2022 pago Agosto 2022

Escaneado con CamScanner

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ANDRES FELIPE VERA GUTIERREZ identificado(a) con C.C No. 1.022.999.016, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 14 de julio del 2022.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Medellín, 14 de julio de 2022

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

CERTIFICA:

Que ANDRES FELIPE VERA GUTIERREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022999016 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 13/07/2022 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS 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: 0000000008 - OPERATIVO OPS CR 4

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
4603901 - EMPRESAS DEDICADAS A OTROS TIPOS DE TRANSPORTE NO REGULAR DE PASAJEROS NCP

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

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

Su pago lo debe realizar con riesgo 4 (4,35 %), 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.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10229990162219568162

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: 14/07/2022 6.56 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Bancario

Viernes, 03 de junio de 2022

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANDRES FELIPE VERA GUTIERREZ identificado(a) con CC 1022999016, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	09494245571	2018/05/28	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Bancolombia

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA