LA COORDINADORA DEL PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA Y PIC

CERTIFICA QUE:

Que la **Empresa COOPERATIVA DE TRASPORTES AEROVILLA "COOPTAV"** Con **NIT N° 832003548-6**. Cumplido a satisfacción las actividades establecidas en el contrato de Mínima cuantía No **248** de fecha 13 de agosto de 2025, cuyo objeto es **TRANSPORTE PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA RUTA SALUDABLE EN EL MUNICIPIO DE CHOCONTÁ, DANDO CUMPLIMIENTO AL PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2024-2027.**, durante el periodo a certificar desde el 13 de agosto al 12 de septiembre de 2025.

La presente certificación se expide el día **15 de Septiembre de 2025.**

ANDREA MORENO SEGURA
Coordinadora de Salud Pública y PIC

Scanned with CamScanner

INFORME DEL CONTRATISTA			
CONTRATO DE MINIMA CUANTIA Nº 248			
OBJETO CONTRACTUAL	**TRANSPORTE PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA RUTA SALUDABLE EN EL MUNICIPIO DE CHOCONTÁ, DANDO CUMPLIMIENTO AL PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2024-2027.**		
DATOS DEL CONTRATO			
CONTRATISTA	**COOPERTIVA DE TRANSPORTE AEROVILLA / SANDRA PATRICIA BARRANTES TORRES**		
IDENTIFICACION	832003548-6 21.147.747		
FECHA DEL INFORME	15/09/2025	NUMERO DE INFORME	01
PORCENTAJE DE EJECUCION	20 %		
SUPERVISOR DEL CONTRATO	**LINA ALEJANDRA GOMEZ ALVAREZ**		
PRINCIPALES ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO			
DATOS PARA COBRO			
PERIODO COBRADO	DEL 13 DE AGOSTO AL 12 DE SEPTIEMBRE DE 2025.		
VALOR A COBRAR	CUATRO MILLONEDS OCHOCIENTOS DIEZ MIL PESOS ($ 4.810.000) M/CTE		
PRINCIPALES ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO			
ACTIVIDAD CONTRATADA	**DETALLE DEL AVANCE ACTIVIDAD CONTRATADA**		**SOPORTES**
1. Tramitar las garantías exigidas por el municipio de Chocontá y cargarlas en la plataforma Secop II para su revisión y posterior aprobación.	He tramitado las garantías exigidas por el municipio de Chocontá y las cargué en la plataforma SECOP II para su respectiva revisión y aprobación.		Evidencia fotográfica
2. Prestar el servicio de transporte público terrestre de pasajeros, con los vehículos descritos en las especificaciones técnicas, que se encuentren debidamente autorizados, con todos los documentos legales vigentes, y que tenga un radio de acción a	Presté el servicio de transporte público terrestre de pasajeros, utilizando los vehículos autorizados y con toda la documentación legal vigente, cumpliendo con las especificaciones técnicas y el radio de acción nacional.		Evidencia fotográfica

Scanned with CamScanner

nivel nacional, previo perfeccionamiento del contrato por la plataforma SECOP II		
3. Los conductores cada vez que presten el servicio deben diligenciar una planilla y/o control de asistencia, para verificar el número de personas que se trasladan en cada ruta programada, la cual, debe llevar el visto bueno o revisado del coordinador de la ruta por programa. Esta a su vez debe ser adjuntada a la factura y/o cuenta de cobro.	Los conductores diligenciaron las planillas de control de asistencia en cada ruta, las cuales fueron revisadas y aprobadas por el coordinador del programa y se adjuntan a la presente cuenta de cobro.	Evidencia fotográfica
4. Realizar los ajustes o cambios requeridos de acuerdo con las indicaciones de la supervisión del contrato	Se realizaron los ajustes y cambios solicitados por la supervisión del contrato, cumpliendo oportunamente con las indicaciones dadas.	Evidencia fotográfica
5. Garantizar el transporte, bienestar y comodidad de los beneficiarios, de acuerdo con las especificaciones técnicas.	Se garantizó el transporte, bienestar y comodidad de los beneficiarios, de acuerdo con lo establecido en las especificaciones técnicas.	Evidencia fotográfica
6. Recoger a los colaboradores de la Secretaria de Desarrollo Social, ejecutores de los programas en los puntos y/o paraderos dispuestos para tal fin, y dejarlos en la ruta de regreso en los mismos lugares, en la cantidad y	Se recogió y transportó a los colaboradores de la Secretaría de Desarrollo Social en los puntos designados, dejándolos en los lugares establecidos para el retorno, según lo dispuesto por la Alcaldía.	Evidencia fotográfica

Scanned with CamScanner

condiciones requeridas por la alcaldía, de acuerdo con el objeto del presente contrato.		
7. Durante los diferentes recorridos de la ruta deberá abstenerse de transportar a personas diferentes a las autorizadas por la Alcaldía Municipal.	Se recogió y transportó a los colaboradores de la Secretaría de Desarrollo Social en los puntos designados, dejándolos en los lugares establecidos para el retorno, según lo dispuesto por la Alcaldía.	. Evidencia Fotografica
8. Presentar al Municipio, y mantener vigente durante el tiempo de ejecución del contrato la Tarjeta de Operación, pago del rodamiento y planilla mensual, seguro de responsabilidad civil contractual, seguro de responsabilidad civil extracontractual y Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT.	Se presentó al Municipio y se mantuvieron vigentes durante el tiempo de ejecución del contrato la tarjeta de operación, pagos de rodamiento y planilla mensual, seguro de responsabilidad civil contractual, extracontractual y el SOAT.	Evidencia fotográfica
9. Mantener vigente y con pagos al día las Pólizas de responsabilidad y las demás pólizas que se requieren.	Se mantuvieron vigentes y al día las pólizas de responsabilidad y demás pólizas exigidas por el contrato.	Evidencia fotográfica
10. Disponer de servicio de comunicación permanente entre el conductor y el Supervisor del contrato mediante una (1) línea telefónica celular la cual deberá permanecer en funcionamiento durante la labor desarrollada para el cumplimiento del presente objeto contractual.	Se dispuso de una línea celular activa para garantizar la comunicación permanente entre el conductor y el Supervisor del contrato durante la prestación del servicio.	Evidencia fotográfica

Scanned with CamScanner

11. Sin perjuicio de las rutas y horarios anotados en las obligaciones precedentes, el contratista deberá estar disponible con su vehículo y conductor, toda vez, que en cualquier momento puede requerirse sus servicios por parte del supervisor del contrato para apoyar los diferentes planes, programas y proyectos de la Secretaria de Desarrollo Social.	El contratista permaneció disponible con vehículo y conductor para atender los requerimientos adicionales de la Secretaría de Desarrollo Social, apoyando los planes, programas y proyectos cuando fue solicitado.	Evidencia fotográfica
12. El contratista se compromete a cumplir con todo lo establecido en la oferta, la cual forma parte integral del contrato	Se dio cumplimiento a lo establecido en la oferta presentada, la cual hace parte integral del contrato.	Evidencia fotográfica

RELACION DE ANEXOS

DOCUMENTOS	DOCUMENTOS ALLEGADOS	N° DE FOLIOS
cuenta de cobro	X	1
Informe de actividades	X	4
Planilla de pago a seguridad social	X	2
Constancia de pago	X	1
Certificacion bancaria	X	1
Certificado de arl	X	1

OBSERVACIONES

SANDRA PATRICIA BARRANTES TORRES
C.C. N° 21.147.747 DE VILLAPINZON
Contratista

Scanned with CamScanner

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

FECHA DEL INFORME	15/09/2025	**PERIODO DEL INFORME**	13/08/2025 AL 12/09/2025
CONTRATISTA.		**COOPERTIVA DE TRANSPORTE AEROVILLA / SANDRA PATRICIA BARRANTES TORRES**	

1



2



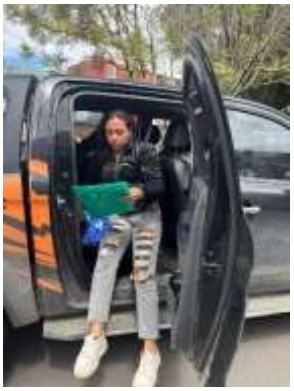
3



4



Scanned with CamScanner

5 	6 
7 	8 
9 	10 

Scanned with CamScanner

	FECHA CREACION	VERSION
	2018	1

NOMBRE DE LA REUNION O ACTIVIDAD:

ITEM	NOMBRE Y APELLIDO	DIRECCCION	
1	FABIO BOLIVAR.	Chocontá	315
2	Yenifer Andrea Gomez	Chocontá / colpar.	3148
3	Fabio Nelson Bolivar	Chocontá	3168
4	Yenifer Andrea Gomez	Chocontá/ colpar	3148
5	Saul Yepez	Chocontá	31683
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			

Scanned with CamScanner

	SOLICITUD PARA BENEFICIO DE TRANSPORTE A SERVICIO DE SALUD	CÓDIGO:	SDS
		VERSIÓN:	1
		FECHA:	15-08-2025
		PAGINA:	1 de 1

IDENTIFICACION DEL USUARIO	
Fecha: 09/09/2025.	Hora: 3:03.
Nombre y apellidos del beneficiario: Edgardo Lombana	Proceso: Transcite.
Tipo de Identificación: CC.	N° Documento: 7474924
Edad: 71 años	EPS: Famisanar.
Diagnóstico: Cancer de prostata.	teléfono: 3223013868.
Nombre y apellidos del acompañante (si procede): Jacqueline Flores	N°. Documento: 55271669

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	MARQUE CON UNA (X)
TRASLADO TRANSPORTE TERRESTRE	DESPLAZAMIENTO IDA Y REGRESO Zona Rural a Zona Rural (entre veredas).	
	DESPLAZAMIENTO IDA Y REGRESO Zona Rural a Urbana (de Veredas a Bogotá).	
	DESPLAZAMIENTO IDA Y REGRESO Zona Rural a Urbana (Veredas a la oficina Secretaría de Desarrollo Social)	
	DESPLAZAMIENTO IDA Y REGRESO Zona Urbana a Zona Rural (de oficina Secretaría de Desarrollo Social a Veredas).	
	DESPLAZAMIENTO IDA Y REGRESO Zona Urbana a Zona Urbana (de oficina Secretaría de Desarrollo Social a Bogotá).	X

DOCUMENTOS ANEXOS VERIFICADOS:	MARQUE CON UNA (X)
Documento de identidad	X
Documento que acredite ser habitante del municipio de Choconta, por lo menos con 1 año de residencia.	X
Resumen de historia clínica reciente no mayor a 1 mes	X
Documento que acredite la programación, asignación y confirmación de la cita.	X
Verificar que se pueda realizar la prestación del servicio de forma individual o a más de un beneficiario.	X
Verificar que el usuario cuente con un acompañante, que solo será excepción por manifestación expresa del beneficiario del servicio.	X
Documento que acredite la solicitud formal a la EPS o respuesta de la EPS a la solicitud.	X

RIESGOS:
Los riesgos pueden ser:
Riesgos del paciente: Aquellos que este directa o indirectamente a la condición de salud asociados
-Accidentes de tráfico: Colisiones, vuelcos, atropellos y caídas a distinto nivel.
- Problemas de seguridad vial: relacionadas con condiciones climáticas, infraestructura deficiente y señalización inadecuada.
-Robo: Aprovechamiento de situaciones de vulnerabilidad.
-Riesgos para el usuario: n el transporte de pasajeros, pueden existir riesgos de caídas, golpes o lesiones por movimientos bruscos del vehículo.
-Condiciones de la vía: Huecos, obstáculos, señalización deficiente, y falta de mantenimiento pueden causar accidentes.

De manera voluntaria y tras recibir información clara, sencilla y acorde con mi condición por parte del personal de la Secretaría de Desarrollo Social, manifiesto que comprendo los riesgos, alternativas e implicaciones del beneficio recibido. También he recibido las recomendaciones a seguir y entiendo que la Administración Municipal y la Secretaría de Desarrollo Social no son responsables de las situaciones que puedan derivarse del traslado, ya sea por mi condición de salud u otros riesgos explicados y registrados en este documento.
En consecuencia: Yo Edgardo Lombana identificado(a) con CC número 7474924 en calidad de beneficiario.

He decidido **APROBAR** ____ **NO APROBAR** _____ las condiciones del beneficio que recibo de la Secretaría de Desarrollo Social del municipio de Choconta.
He comprendido con claridad todo lo escrito anteriormente, he tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido resueltas y acepto las condiciones del beneficio de transporte terrestre, declarando que la decisión que tomo es libre y voluntaria:

Firma del beneficiario
Nombre:



Firma del acompañante:
Nombre: EDGARDO LOMBANA S



Scanned with CamScanner

	SOLICITUD PARA BENEFICIO DE TRANSPORTE A SERVICIO DE SALUD	CÓDIGO:	SDS
		VERSIÓN:	1
		FECHA:	15-08-2025
		PAGINA:	1 de 1

IDENTIFICACION DEL USUARIO	
Fecha: 10- Sep- 2025	Hora: 8:26
Nombre y apellidos del beneficiario: Jose Joaquin Guio	Proceso: Transporte
Tipo de Identificación: CC	N° Documento: 1076240891
Edad: 22.	EPS: Mutual EPS
Diagnóstico: Retraso del lenguaje y psicomotor	Teléfono: 3132203819
Nombre y apellidos del acompañante (si procede): Olga Guio	N°: Documento: 39889594

BENEFICIO	DESCRIPCIÓN	MARQUE CON UNA (X)
TRASLADO TRANSPORTE TERRESTRE	DESPLAZAMIENTO IDA Y REGRESO Zona Rural a Zona Rural (entre veredas).	
	DESPLAZAMIENTO IDA Y REGRESO Zona Rural a Urbana (de Veredas a Bogotá).	
	DESPLAZAMIENTO IDA Y REGRESO Zona Rural a Urbana (Veredas a la oficina Secretaria de Desarrollo Social)	
	DESPLAZAMIENTO IDA Y REGRESO Zona Urbana a Zona Rural (de oficina Secretaria de Desarrollo Social a Veredas).	
	DESPLAZAMIENTO IDA Y REGRESO Zona Urbana a Zona Urbana (de oficina Secretaria de Desarrollo Social a Bogotá).	X

DOCUMENTOS ANEXOS VERIFICADOS:	MARQUE CON UNA (X)
Documento de identidad	X
Documento que acredite ser habitante del municipio de Chocontá, por lo menos con 1 año de residencia.	X
Resumen de historia clínica reciente no mayor a 1 mes	X
Documento que acredite la programación, asignación y confirmación de la cita.	X
Verificar que se pueda realizar la prestación del servicio de forma individual o a más de un beneficiario.	X
Verificar que el usuario cuente con un acompañante, que solo será excepción por manifestación expresa del beneficiario del servicio.	X
Documento que acredite la solicitud formal a la EPS o respuesta de la EPS a la solicitud.	X

RIESGOS:
Los riesgos pueden ser:
Riesgos del paciente: Aquellos que este directa o indirectamente a la condición de salud asociados
-Accidentes de tráfico: Colisiones, vuelcos, atropellos y caídas a distinto nivel.
- Problemas de seguridad vial: relacionadas con condiciones climáticas, infraestructura deficiente y señalización inadecuada.
-Robo: Aprovechamiento de situaciones de vulnerabilidad.
-Riesgos para el usuario: n el transporte de pasajeros, pueden existir riesgos de caidas, golpes o lesiones por movimientos bruscos del vehículo.
-Condiciones de la vía: Huecos, obstáculos, señalización deficiente, y falta de mantenimiento pueden causar accidentes.

De manera voluntaria y tras recibir información clara, sencilla y acorde con mi condición por parte del personal de la Secretaria de Desarrollo Social, manifiesto que comprendo los riesgos, alternativas e implicaciones del beneficio recibido. También he recibido las recomendaciones a seguir y entiendo que la Administración Municipal y la Secretaría de Desarrollo Social no son responsables de las situaciones que puedan derivarse del traslado, ya sea por mi condición de salud u otros riesgos explicados y registrados en este documento.
En consecuencia: Yo Olga Guio identificado(a) con CC número 39818954 en calidad de beneficiario.

He decidido **APROBAR** ___ **NO APROBAR** _____ las condiciones del beneficio que recibo de la Secretaria de Desarrollo Social del municipio de Chocontá.
He comprendido con claridad todo lo escrito anteriormente, he tenido la oportunidad de hacer preguntas que han sido resueltas y acepto las condiciones del beneficio de transporte terrestre, declarando que la decisión que tomo es libre y voluntaria:

No Firma
Firma del beneficiario
Nombre:

Olga Yaneth Guio
Firma del acompañante:
Nombre:

Scanned with CamScanner