PROCESO
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS
NOMBRE DEL FORMATO
COMUNICACIÓN INTERNA PARA REGISTRO DE OBLIGACIONES
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública ■	Pública Clasificada ☐	Pública Reservada ☐

PARA: CLAUDIA ISABEL PARRA
DE: CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS

ASUNTO: Pago contrato No.CO1.PCCNTR.9527529, No. Factura **E 65252, notas débito xxxx, notas crédito** xxxx, No Orden de viaje **XXXXX,** Valor total **XXX** objeto del contrato Prestar servicios personales de atención en salud en la zona protegida del inmueble del Centro de Comercio y Turismo del Sena incluyendo la escuela de gastronomía - Regional Quindío, orientados a la atención primaria, primeros auxilios y respuesta inicial ante eventos que afecten la salud de la comunidad educativa y visitantes, en apoyo a los protocolos de seguridad y salud en el trabajo del Centro.

Como ordenador del Gasto **Autorizo el registro presupuestal del gasto, el registro de la obligación y el pago**:

NOMBRE DE LA PERSONA JURIDICA O NATURAL: AMBULANCIAS ARMENIA LTDA
CEDULA O NIT: 900118059
TIPO DE DOCUMENTO CONTRACTUAL Factura No E65252 Convenio No. ____ Contrato No. CO1.PCCNTR.9527529 Resolución Otro ____

CONCEPTO DEL PAGO: Prestar servicios personales de atención en salud en la zona protegida del inmueble del Centro de Comercio y Turismo del Sena incluyendo la escuela de gastronomía - Regional Quindío, orientados a la atención primaria, primeros auxilios y respuesta inicial ante eventos que afecten la salud de la comunidad educativa y visitantes, en apoyo a los protocolos de seguridad y salud en el trabajo del Centro.

Valor antes de IVA	**$2.500.000**
Valor del IVA	**$**
Valor Total Notas Crédito	**$**
Valor total Notas Debito	**$**
Valor total Pago	**$2.500.000**

El pago debe realizarse teniendo en cuenta los datos en la siguiente tabla:

TABLA No. 1 Registro Presupuestal número 91026 del 25/05/2026 de 2026

Dependencia	Posición del Gasto	Fuente	Recurso	Situación	PAC
953810 CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO	C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	Propios	27	CSF	$2.500.000

Nota 1: La información para el diligenciamiento de la tabla anterior la encuentra en el Registro Presupuestal de Compromiso.

USO PRESUPUESTAL a aplicar SERVICIOS DE SALUD HUMANA A-02-02-02-009-003-01

El giro de los recursos debe realizarse a la cuenta de ahorro damas Nº 136100156001 del banco Davivienda a nombre de Ambulancias Armenia., NIT 900.118.059-7

Información general

Identificación del contrato

ID del contrato en SECOP	CO1.PCCNTR.9527529
Versión del contrato	1
Estado de contrato	En ejecución
Fecha de generación del estado	9 días de tiempo transcurrido *(22/05/2026 9:39:42 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Número del contrato	CO1.PCCNTR.9527529
Objeto del contrato	Prestar servicios personales de atención en salud en la zona protegida del inmueble del Centro de Comercio y Turismo del SENA incluyendo la escuela de gastronomía - Regional Quindío, orientados a la atención primaria, primeros auxilios y respuesta inicial ante eventos que afecten la salud de la comunidad educativa y visitantes, en apoyo a los protocolos de seguridad y salud en el trabajo del Centro
Tipo de Contrato	Prestación de servicios
¿Asociado a otro contrato?	☐Sí ☑No
Duración del contrato	214 Días
Fecha de inicio de contrato	16 minutos de tiempo transcurrido *(1/06/2026 8:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha de terminación del contrato	31/12/2026 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Tiempo adiciones en días	0 días
Liquidación	☑Sí ☐No *
Fecha de inicio de liquidación	1/01/2027 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha fin de liquidación	30/04/2027 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Obligaciones Ambientales	☑Sí ☐No *
Fecha de inicio de obligaciones ambientales	3 horas para terminar *(1/06/2026 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha fin de obligaciones ambientales	31/12/2026 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Incluye criterios de sostenibilidad ambiental	☐Sí ☑No *
Obligaciones pos consumo	☐Sí ☑No *
Reversión	☐Sí ☑No *

Información de la Entidad Estatal contratante

SENA REGIONAL QUINDIO Grupo de Apoyo Administrativo Mixto

COLOMBIA, Armenia

0 Recomendación (es)

Información del Proveedor contratista

AMBULANCIAS ARMENIA LTDA

COLOMBIA, Armenia
Número de documento 900118059

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
AMBULANCIAS ARMENIA LTDA	BANCO DE OCCIDENTE	Corriente	03119280-0

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por: *OLGA LILIANA PARRA POSADA* ***Fecha de aprobación:*** *22/05/2026 11:19:38 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por: *Cesar Augusto Ospina Puertas* ***Fecha de aprobación:*** *22/05/2026 11:52:55 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Contrato Firmado: CO1_PCCNTR_9527529_Firmado
Contrato en ejecución:

Información del contrato

Tipo de proceso	Mínima cuantía
Unidad de contratación	Unidad Contratación Centro de Comercio y Turismo
Proceso de Contratación	MC-QDO-CCYT- 009-2026-2
Título de la oferta	AMBULANCIAS ARMENIA SAS CCYT- 009-2026-2
Cuantía del contrato	17.500.000 COP

Condiciones

Documentos Tipo

Documentos Tipo	No	Documentos tipo adoptados por la ANCP-CCE en virtud de la Ley 2022 del 2020

Decreto 248 de 2021

¿Debe cumplir con invertir mínimo el 30%de los recursos del presupuesto destinados a comprar alimentos, cumpliendo con lo establecido en la Ley 2046 de 2020, reglamentada por el Decreto 248 de 2021?	☐Sí ☑No	El decreto 248 de 2021, obliga a las entidades que manejen recursos públicos, a adquirir alimentos comprados a pequeños productores agropecuarios y/o de la Agricultura Campesina, Familiar o Comunitaria locales y sus organizaciones, mínimo el (30%) del presupuesto destinados a la compra de alimentos

Sentencia T-302 de 2017

Contrato asociado a las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la Sentencia T-302 de 2017 ☐Sí ☑No

Sentencia que declara el estado de Cosas Inconstitucionales en relación con los derechos de los niños del pueblo Wayúu.

Condiciones ejecución y entrega

Condiciones de entrega: A definir

El contrato puede ser prorrogado ☐Sí ☐No

Configuración financiera - Configuraciones generales

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐Sí ☑No

Configuración financiera - Garantías

¿Solicitud de garantías? ☑Sí ☐No

Garantías por lotes, grupos o etapas ☐Sí ☑No

Seriedad de la oferta ☐Sí ☑No

Cumplimiento ☑Sí ☐No

☑ Cumplimiento del contrato				
☑% del valor del contrato	10,00	Fecha de vigencia (desde)	6 días de tiempo transcurrido *(25/05/2026 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	
☐Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	30/06/2027 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	
☑ Pago de salarios				
☑% del valor del contrato	5,00	Fecha de vigencia (desde)	6 días de tiempo transcurrido *(25/05/2026 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	
☐Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	31/12/2029 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	
☑ Calidad del servicio				
☑% del valor del contrato	20,00	Fecha de vigencia (desde)	6 días de tiempo transcurrido *(25/05/2026 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	
☐Valor de la garantía		Fecha de vigencia (hasta)	30/06/2027 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	

Responsabilidad civil extra contractual ☑Sí ☐No

☑No. de SMMLV 200

Fecha límite para entrega de garantías: 9 días de tiempo transcurrido *(22/05/2026 4:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* Fecha de entrega de garantías: 6 días de tiempo transcurrido *(25/05/2026 9:11:56 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Garantías del proveedor:

Id de la garantía	Justificación	Tipo de garantía	Valor	Emisor	Fecha fin	Estado
CO1.WRT.19964132	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato ⚠	Garantía bancaria	906.125.000,00 COP	AMBULANCIAS ARMENIA	8/05/2027 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aprobada Detalle

Configuración financiera - Pago de anticipos

Definir Plan de Pagos? ☐Sí ☑No

Condiciones de facturación y pago

Forma de pago Abono en cuenta

Plazo de pago de la factura 15 días

Comentarios

Número del Contrato CO1.PCCNTR.9527529
Proveedor AMBULANCIAS ARMENIA LTDA
Creado por Luis Felipe Pérez López
Agregado en 6 días de tiempo transcurrido *(26/05/2026 8:02:37 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Comentario El contrato deriva del proceso https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=CO1.NTC.10285013&isFromPublicArea=True&isModal=False

Anexos del contrato

Descripción	Nombre
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados	

Dirección de notificaciones

Dirección de notificaciones Carrera 18 No. 7-58 Barrio Galan
Ubicación CO-QUI-63001 - Armenia
País COLOMBIA
Departamento Quindío
Municipio Armenia

Dirección Carrera 18 No. 7-58 Barrio Galan
Código postal

	Grados (º)	Minutos (')	Segundos (")
Latitud:			
Longitud:			

Municipio de ejecución del contrato

ID	Dirección	Ubicación
1	Carrera 18 No. 7-58 Barrio Galan	COLOMBIA > Quindío > Armenia

Bienes y servicios

1 CO1.PCCNTR.9527529

1.1 Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal

	Precio total estimado	Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal
	0,00	17.500.000,00

Ref. Artículo	Código UNSPSC	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio unitario estimado	Precio unitario	Precio total estimado	Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal
1	80111600	Prestar servicios personales de atención en salud en la zona protegida del inmueble del Centro de Comercio y Turismo del SENA incluyendo la escuela de gastronomía - Regional Quindío, orientados a la atención primaria, primeros auxilios y respuesta inicial ante eventos que afecten la salud de la comunidad educativa y visitantes, en apoyo a los protocolos de seguridad y salud en el trabajo del Centro	1,00	UN		17.500.000,00	0,00	17.500.000,00

Documentos del Proveedor

Lista de documentos

La siguiente es una lista de los documentos que puede solicitar a los Proveedores para la acreditación de los requisitos habilitantes. Para solicitar un documento marque el cuadro que aparece a la derecha.

Filtrar por familia

Documento	Fase de Contrato	Fase de Habilitación
Formato de Experiencia	☐	☐
Certificaciones	☐	☐
Documentos que acreditan la identificación de los representantes legales y miembros de juntas directivas.	☐	☐
RUP	☐	☐
RUT	☐	☐
Limitaciones del representante legal (sólo para personas jurídicas)	☐	☐
Actividades por el objeto social (sólo para personas jurídicas)	☐	☐
Estados financieros auditados con corte a 31 de diciembre del año inmediatamente anterior suscritos por el representante legal con sus notas. Si la antigüedad del interesado es insuficiente, adjuntar estados financieros trimestrales o de apertura; o documento equivalente para las personas naturales.	☐	☐
Un certificado que acredite los indicadores de capacidad financiera y organizacional.	☐	☐
La lista de los contratos que acreditan su experiencia identificando: el código del Clasificador de Bienes y Servicios; plazo; valor; ejecutor del contrato (singular o plural); e información de contacto del cliente del Proveedor.	☐	☐
Actas de Asamblea	☐	☐
Anexo de Acreditación de experiencia	☐	☐
Anexo de Acreditación de capacidad financiera	☐	☐
Anexo de Acreditación de capacidad organizacional	☐	☐
Certificado de constitución de proponente plural	☐	☐
Certificación de tamaño empresarial (MiPyme)	☐	☐
Último acto de estructura y organización de la Entidad Estatal. Este puede ser Ley, Decreto, Ordenanza, Acuerdo o documento equivalente que permita conocer la naturaleza jurídica, funciones, órganos de dirección, régimen jurídico de contratación de la Entidad Estatal.	☐	☐
Acta de posesión del Ordenador del Gasto, en caso de delegación se debe adjuntar el acto de delegación emitido por el representante legal y acto de posesión del delegado.	☐	☐
Documento de autorización del usuario administrador de la Entidad Estatal o de la entidad privada que contrata con cargo a recursos públicos en SECOP II.	☐	☐
Plan de amortización	☐	☐

Documentos administrativos	Fase de Contrato	Fase de Habilitación
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados		

Documentos del contrato

Documentos del contrato

Descripción	Nombre del documento	Detalle
GCCON-F-021Anexoalcontrato OK.pdf	GCCON-F-021Anexoalcontrato OK.pdf	(detalle)

Información presupuestal

Asignaciones para el seguimiento

Ordenador del Gasto	Cesar Augusto Ospina F	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía	Número de documento	18403004	Guardar y notificar
Supervisor	GLORIA ESTHER DURÁ	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía	Número de documento	60357328	Guardar y notificar

Asignaciones Ordenador del pago

Ordenador del pago: Cesar Augusto Ospina P | Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía | Número de documento: 18403004 | Guardar y notificar

Agregar usuario

Histórico de asignaciones

Posición	Nombre	Fecha de seguimiento	Cambiado por
Ordenador del pago	Cesar Augusto Ospina Puertas	9 días de tiempo transcurrido *(22/05/2026 11:52:55 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Cesar Augusto Ospina Puertas
Supervisor	GLORIA ESTHER DURÁN CARRILLO	9 días de tiempo transcurrido *(22/05/2026 11:52:55 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Cesar Augusto Ospina Puertas
Ordenador del Gasto	Cesar Augusto Ospina Puertas	9 días de tiempo transcurrido *(22/05/2026 11:52:55 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Cesar Augusto Ospina Puertas

Información presupuestal

Proyecto del Plan Marco para la Implementación del Acuerdo de Paz o asociado al Acuerdo de Paz: ☐ Sí ☑ No * — Gasto Posconflicto como aquel relacionado con el Plan Marco de Implementación (CONPES 3932) derivado de intervenciones en cumplimiento del Acuerdo.

Destinación del gasto: Inversión

Fuente de los recursos:

		Valor
Presupuesto General de la Nación - PGN	☑ Sí ☐ No *	17.500.000
Sistema General de Participaciones - SGP	☐ Sí ☑ No *	
Sistema General de Regalias - SGR	☐ Sí ☑ No *	
Recursos Propios (Alcaldías y Gobernaciones)	☐ Sí ☑ No *	
Recursos de Crédito	☐ Sí ☑ No *	
Otros Recursos (Especie, Privados, Cooperación, Propios Entidades Autónomas)	☐ Sí ☑ No *	
Total		17.500.000

Validación Código BPIN

	Código BPIN	Año	Estado
☐	202400000000188	2026	Validado

Sistema de Presupuesto y Giro de Regalías (Recuerde que es necesario agregar al menos un CDP si es el caso)

Código CDP	Código BPIN	Tipo	Estado del CDP	Valor Total	Saldo	Valor a utilizar	Estado de la consulta	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados								

Entidad Estatal registrada en el SIIF: ☑ Sí ☐ No

Código de autorización:

Código unidad/subunidad ejecutora: 36-02-00-063

CDP/Vigencias Futuras (Recuerde que es necesario agregar al menos un CDP o una AVF Extraordinaria si es el caso)

	Código	Tipo	Estado	Saldo	Valor a utilizar	Código unidad/subunidad ejecutora	Estado	
☐	6626	CDP	Generado	37.961.151 COP	17.500.000 COP	36-02-00-063-953810	-	Editar

Saldo de CDP: 37.961.151 COP
Saldo de vigencias futuras: 0 COP
Saldo total a comprometer: 17.500.000 COP
Última consulta a SIIF: No se ha iniciado
Fecha de consulta SIIF: 22/05/2026 10:46 AM

Compromiso presupuestal de gastos

	Código compromiso	Tipo	Fecha compromiso	Estado compromiso	Valor compromiso AVF/CDP	Monto por consumir	Monto presupuestal a liberar	Código Posición de Gasto	Consulta Ejecución	
☐	91026	Presupuestal (CDP)	25/05/2026 12:00 AM	Generado	17.500.000 COP	17.500.000 COP	-	C-3603-1300-20-20305C-3603025-02	SIIF	Detalle Editar

Saldo de compromisos CDP: 17.500.000 COP
Saldo de compromisos AVF: 0 COP
Saldo total comprometido: 17.500.000 COP
Última consulta a SIIF: Consulta Exitosa
Fecha de consulta SIIF: 26/05/2026 8:02 AM

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	

INFORME DE SUPERVISIÓN – CONTRATOS DE BIENES Y SERVICIOS
CONTRATO NRO. CONTRATO NRO. CONTRATO NRO. CO1.PCCNTR.9527529

1. ASPECTOS GENERALES

2) CONTRATANTE	Centro de Comercio y Turismo
CONTRATO NRO.	CO1.PCCNTR.9527529
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	01/06/2026
OBJETO	Prestar servicios personales de atención en salud en la zona protegida del inmueble del Centro de Comercio y Turismo del Sena incluyendo la escuela de gastronomía - Regional Quindío, orientados a la atención primaria, primeros auxilios y respuesta inicial ante eventos que afecten la salud de la comunidad educativa y visitantes, en apoyo a los protocolos de seguridad y salud en el trabajo del Centro
CONTRATISTA	AMBULANCIAS ARMENIA LTDA
CC o NIT	900118059
LUGAR DE EJECUCIÓN	Armenia
FECHA DE INICIO	01/06/2026
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	214 dias
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	17500000
PRÓRROGA NRO.	N/A
FECHA DE TERMINACIÓN	12/31/2026
ADICIÓN NRO.	N/A]
VALOR ACTUAL DEL CONTRATO	17500000
FORMA DE PAGO	**abono a cuenta**
INFORME DE SUPERVISIÓN NRO.	02
PERIODO DEL INFORME	01/08/2026 al 31/08/2026

1.1. Garantías contractuales

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO		
ASEGURADORA	MUNDIAL DE SEGUROS	
NRO. DE PÓLIZA	I-100056675	
CERTIFICADO O ANEXO	18170896	
FECHA EXPEDICIÓN	17/05/2026	
FECHA APROBACIÓN	27/05/2026	
AMPARO	**VIGENCIA**	**VALOR**

	DESDE	HASTA	
Cumplimiento	25/05/2026	10/07/2027	$1.035.251.66
Devolución del pago anticipado			
Salarios y prestaciones sociales	25/05/2026	10/08/2029	517.625,83
Calidad del servicio	25/05/2026	10/02/2027	$1.035.251.66

GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL N/A			
ASEGURADORA			
NRO. DE PÓLIZA			
CERTIFICADO O DE ANEXO			
FECHA EXPEDICIÓN			
FECHA APROBACIÓN			
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Responsabilidad civil extracontractual			

En atención a lo señalado en el modificatorio nro. N/A, se efectuó la ampliación de las garantías en el siguiente sentido:

GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO N/A			
ASEGURADORA			
NRO. DE PÓLIZA			
CERTIFICADO O ANEXO			
FECHA EXPEDICIÓN			
FECHA APROBACIÓN			
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Cumplimiento			
Devolución del pago anticipado			
Salarios y prestaciones sociales			
Calidad del servicio			

GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL [Diligencie si aplica]	
ASEGURADORA	

NRO. DE PÓLIZA			
CERTIFICADO O DE ANEXO			
FECHA EXPEDICIÓN			
FECHA APROBACIÓN			
AMPARO	**VIGENCIA**		**VALOR**
	DESDE	**HASTA**	
Responsabilidad civil extracontractual			

2. EJECUCIÓN CONTRACTUAL

OBLIGACIONES	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTO O EVIDENCIA
Prestar atención primaria en salud a aprendices, instructores, funcionarios, contratistas y visitantes del Centro de Comercio y Turismo, dentro del área definida como zona protegida del inmueble, conforme a los protocolos institucionales vigentes.	El contratista prestó los servicios en oportunidad y con calidad durante el período mes de junio	Informe presentado por el contratista, registro de atenciones realizadas
Brindar primeros auxilios y estabilización inicial ante accidentes, incidentes o eventos súbitos que comprometan la salud o integridad física de las personas dentro de las instalaciones.	El contratista brindó los servicios de acuerdo con los requerimientos de la entidad	Informe presentado por el contratista, planillas de prestación de servicios.
Activar y coordinar la remisión o traslado asistido a la red externa de servicios de salud cuando el caso lo requiera, articulando con el sistema de emergencias médicas correspondiente.	El contratista brindó el servicio de acuerdo con los requerimientos de la entidad	Informe presentado por el contratista, planillas de prestación de servicios.
Mantener actualizado el registro de atenciones realizadas, diligenciando los formatos institucionales establecidos y garantizando la confidencialidad de la información clínica conforme a la normativa vigente en protección de datos personales.	El contratista prestó los servicios de acuerdo con los requerimientos de la entidad	Informe presentado por el contratista, planillas de prestación de servicios.

Verificar y garantizar la disponibilidad, buen estado y correcta utilización de los equipos, insumos médicos y botiquines asignados a la zona protegida, informando oportunamente cualquier requerimiento de reposición o mantenimiento.	El contratista prestó los servicios de acuerdo con los requerimientos de la entidad	Informe presentado por el contratista, planillas de prestación de servicios.
Participar en simulacros, capacitaciones y actividades de prevención organizadas por el Centro, relacionadas con gestión del riesgo, brigadas de emergencia y primeros auxilios.	N/A	
Apoyar la identificación de factores de riesgo en salud dentro de las instalaciones y reportar a la Subdirección o al responsable de SST las situaciones que puedan generar afectaciones a la comunidad educativa.	Durante el período no se realizaron actividades relacionadas con este Item	
Cumplir con los horarios, turnos y tiempos de disponibilidad establecidos por la supervisión del contrato, garantizando cobertura permanente durante la jornada acordada.	El contratista prestó los servicios oportunamente de acuerdo con las necesidades de atención.	Informe presentado por el contratista, planillas de prestación de servicios
Aplicar las normas técnicas, guías de práctica clínica y protocolos de bioseguridad vigentes, asegurando una atención oportuna, ética y de calidad.	El servicio prestado se realizó de acuerdo con los protocolos	Informe presentado por el contratista, planillas de prestación de servicios
Presentar informes periódicos de gestión, en la periodicidad que defina la supervisión, incluyendo estadísticas de atención, tipología de eventos y recomendaciones preventivas.	El contratista presentó informe de gestión incluyendo la peridiocidad con la que se prestó el servicio, igualmente estadísticas de atención, tipología de eventos y recomendaciones preventivas	Informes
Ejercer sus actividades con autonomía técnica, sin que exista subordinación laboral, conforme a la naturaleza jurídica del contrato de prestación de servicios.		

Relación del personal que ingresa a las instalaciones con su respectivo pago de seguridad social, certificados de afiliación a EPS, AFP y ARL.	Preguntar a Diana si se realizó permiso de ingreso	
"Entregar los certificados de disposición final de los residuos hospitalarios y similares generados en la atención prestada al SENA, en un plazo no mayor a los noventa (90) días después de recogidos los residuos	El contratista presentó el certificado de disposición final de residuos hospitalarios.	Certificado manejo integral de residuos

2.1. Cumplimiento de obligaciones referentes al Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol – SIGA

l contratista cumplió con las obligaciones referentes al Sistema Integrado de Gestión y autocontrol SIGA, aplicando las normas de seguridad y salud en el trabajo referente a uso de EPP presentó las planillas de seguridad social de los trabajadores, manejo de residuos ambientales.

3. AVANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

FECHA DEL INFORME	NRO. DE FACTURA	VALOR FACTURADO	VALOR EJECUTADO	SALDO DEL CONTRATO	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA
21/09/2026	**E 65252**	**$2.500.000**	**$7.500.000**	**10.000.000**	**42.85%**

4. RELACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

SALUD, PENSIÓN Y ARL	**Periodo reportado** agosto	**Planilla nro. Planilla nro.** 9511123097 **del 15/09/2026**

5. MULTAS Y SANCIONES

A la fecha de presentación del presente informe, se certifica como supervisor del contrato y de acuerdo a la información reportada por la interventoría del contrato que no se han presentado multas, indemnizaciones, reintegros ni sanciones.

6. CERTIFICACION DE ANTECEDENTES DEL CONTRATISTA.

A la fecha de presentación del presente informe, realice la validación de los siguientes antecedentes del contratista:

- **Certificación de antecedentes fiscales**
- **Certificación de antecedentes penales**
- **Certificación de antecedentes disciplinarios**
- **Certificación de registro nacional de medidas correctivas**

7. JUSTIFICACIÓN PARA LA MODIFICACIÓN N/A

8. CERTIFICACIÓN

Con la firma del presente informe, en mi calidad de supervisor(a), previa revisión de los documentos en la plataforma SECOP II, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el contrato por parte del contratista y la plena autonomía en desarrollo de sus actividades durante el respectivo periodo. Con base en lo anterior, autorizo el pago conforme lo pactado contractualmente.

9. OBSERVACIONES

Para constancia se firma a los 21 días del mes de septiembre de 2026

Gloria Esther Durán Carrillo Supervisor(a) del contrato	

ARMENIA – QUINDIO

INFORME DE ACTIVIDADES – AGOSTO DE 2026

Entidad: SENA

Periodo: 01 al 31 de Agosto de 2026

Prestador del servicio: Ambulancias Armenia S.A.S.

Objeto: Prestación del servicio de traslado asistencial y cobertura de eventos.

1. OBJETIVO

Presentar el informe correspondiente a las actividades desarrolladas durante el mes de **agosto de 2026**, en el marco de la prestación del servicio contratado con el SENA, dejando constancia de las atenciones y novedades presentadas durante el periodo.

2. ACTIVIDADES REALIZADAS

Durante el mes de agosto de 2026 **no se realizaron ni se cubrieron eventos programados** en las instalaciones del SENA.

3. NOVEDADES DEL MES

Durante el periodo comprendido entre el **01 y el 31 de agosto de 2026**, no se presentaron otras novedades relacionadas con la prestación del servicio.

De igual manera, se deja constancia de que **no se realizaron ni se cubrieron eventos adicionales** durante el mes de Agosto de 2026.

4. CONCLUSIÓN

De acuerdo con las actividades desarrolladas durante el mes de **agosto de 2026**, se concluye que la prestación del servicio no estuvo relacionada ni con atenciones en eventos ni tampoco con traslados de los aprendices.

No se presentaron otros eventos, atenciones o novedades durante el periodo objeto del presente informe.

Se expide el presente informe como constancia de las actividades realizadas durante el mes de agosto de 2026.

Atentamente,



CATALINA SÁNCHEZ GIL
COORDINADORA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

AMBULANCIAS ARMENIA SAS

CERTIFICACIÓN

Yo, CESAR AUGUSTO CASTAÑO RAMIREZ , identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de Gerente de la empresa AMBULANCIAS ARMENIA SAS NIT 900.118.059-7, certifico que la IPS tiene implementado y mantiene en funcionamiento el Manual para la Gestión Integral de los Residuos Generados en la Atención en Salud y otras actividades conforme a los lineamientos establecidos en la normativa sanitaria y ambiental vigente en Colombia , en especial lo dispuesto en el decreto 351 de 2014 y demás disposiciones aplicables .

Así mismo se deja constancia de que:

La empresa cuenta con el Plan de Gestión integral de Residuos Generados en la Atención en Saldu y otras Actividades (PGIRASA) documentado y adoptado institucionalmente.

Se ha definido procedimiento para segregación, almacenamiento, recolección interna, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos conforme a su clasificación.

El personal involucrado en ella generación y manejo de residuos ha recibido capacitación en los procedimientos establecidos para la gestión integral de los residuos.

Se realiza actividades de seguimiento control y mejora para garantizar el adecuado manejo de los residuos generados en el desarrollo de las actividades de la institución.

La presente certificación se expide a solicitud del Servicio Nacional de Aprendizaje SENA dentro del Proceso MC-QDO-CCYT- 009-2026-2

Se firma en Armenia a los diecisiete días (17) días del mes de Septiembre de 2026.

CALLE 6 NORTE No17 -40 Los Profesionales
Cel: 3234519053 3217206155 Armenia Q.
E-mail: contabilidad@ambulanciasarmenia.com

Atentamente,



CESAR AUGUSTO CASTAÑO RAMIREZ
C.C. 4.372.679
Gerente
AMBULANCIAS ARMENIA SAS
NIT.900.118.059
Dirección CALLE 6 NORTE No 17-40 Los Profesionales

CALLE 6 NORTE No17 -40 Los Profesionales
Cel: 3234519053 3217206155 Armenia Q.
E-mail: contabilidad@ambulanciasarmenia.com

SENA

INFORME DE SERVICIO

MEDICALIZADO	BÁSICO	ACCIDENTE DE TRANSITO	MOVIL	Nº
	✓		549	61534

FECHA			HORA	Enfermero	Conductor	Médico
DÍA	MES	AÑO	I 9+30	Mª Camila Andrea	Jorge Jaramillo	
01	09	2026	R 10+20	Institución	Valor	Orden N°

Traslado de:	Hasta:	MOTIVOS DE TRASLADO	
Senca Galán	Sagrada Familia	REMISIÓN	
Regreso de:	Hasta	INTERCONSULTA	
		AYUDAS DIAGNÓSTICAS	
		CONSULTA URGENCIAS	✓

| Datos del Paciente: | | |

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIA
TA.RE.07

FECHA
01/09/2026

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	PARTICULAR	EPS
Sergio Andres Jaime	22		Nueva EPS
DIAGNOTICO DEL PACIENTE /CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO			
Paciente bajo efecto de sustancias psicoactivas			

2. OBJETIVO

Trasladar al paciente desde una unidad a otra en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales.

Disminuir los potenciales riesgos de incidentes o eventos adversos, a los usuarios, durante el traslado externo.

3. CONSENTIMIENTO Y OTRAS CONSIDERACIONES

Declaro que he sido informado de mi estado de salud (o de mi representado) y de las condiciones necesarias para mi (su) recuperación, por lo cual acepto el traslado al centro de salud, dejando libre de responsabilidad a la IPS Ambulancias Armenia SAS por las POSIBLES COMPLICACIONES derivadas de mi estado de salud.

4. AUTORIZACIÓN

Por medio del presente documento autorizo (__) de forma libre, voluntaria y en uso de mis facultades mentales a la tripulación del transporte asistencial básico o medicalizado, para el traslado de acuerdo a la orden médica o de quien se derive la solicitud.

Desde: Senca Galán hasta: Clinica Sagrada familia

Firma del paciente: _____

CC: _____

HUELLA

5. DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE (Sólo en caso de menor de edad, paciente interdicto y/o analfabetismo)

Yo Juan Sebastian Guevara sé que el paciente Sergio Andres Jaime con Nº de identificación 1025320840 ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el traslado en transporte de pacientes básico o medicalizado. También se me han explicado los riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para que los profesionales tratantes y el personal auxiliar que precise, le realicen el traslado. Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se considere oportuno.

Firma de quien autoriza: _____

CC: 1098309670

HUELLA

Ora.

INFORME DE SERVICIO

MEDICALIZADO	BÁSICO	ACCIDENTE DE TRANSITO	MOVIL	Nº
			533	61452

FECHA			HORA	Enfermero	Conductor	Médico
DÍA	MES	AÑO	I 16:30	Vbs Ly	Jorge Guzman	
02	09	26	R 17:00	Institución	Valor	Orden N°

Traslado de:	Hasta:	MOTIVOS DE TRASLADO
Sena - agropecuaria	H. San Juan Dios	REMISIÓN →
Regreso de:	Hasta	INTERCONSULTA
		AYUDAS DIAGNÓSTICAS
		CONSULTA URGENCIAS

Datos del Paciente: Yanet Valentina Martinez — C.C. ☐ R.C ☐ T.I. ☐ Otro 1094884525

Sexo	EPS	Régimen	CONT	SUB	VINC	PART	PART	EDAD	FECHA NACIMIENTO
M F	Polisa							27	27/7/01 04

Dirección	Telefono
Bl Quindos 2 etapa mz 27 ls 77	3135604779
Nombre Acompañante	**Correo Elextrónico**
Valeria Romero Saenz	Diana124@hotmail.es
Parentesco	
amiga	

CONDICIONES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES				ANTECEDENTES			
HIPERTENSIÓN		ALÉRGICOS		CABEZA		OSTEOMUSCULAR	
DIABETES		FARMACOLÓGICOS		CUELLO		PIEL Y FANERAS	
CÁNCER		TÓXICOS		CARDIOPULMONAR		NEUROLOGICO	
CADIOPATÍAS		Cual:		ABDOMEN		GENITO URINARIO	
				EXTREMIDADES		Cual:	

GINECOOBSTETRICOS					
G		A		V	
P		C		M	
FUM					

EDAD GESTACIONAL			
X ECO		X FORUM	

VIA AEREA		VENTILACIÓN	
PERMEABLE		ESPONTÁNEA	
INTUBADO		ASISTIDA	
TRAQUEOSTOMIA		MECÁNICA	
CIRCULACIÓN		**NEUROLOGÍA**	
VÍA ENDOVENOSA		CONCIENTE	
CAT. CENTRAL		INCONCIENTE	
GLASGOW	O 4	V 5	M 6

SIGNOS VITALES	
HORA	
FC	60
FR	16
TA	130/60
SO_2	94
T	36

EQUIPOS MÉDICOS	
MONITOR	
VENTILADOR	
DEXTROMETRO	
DESFIBRILADOR	
CONSUMO DE O_2	
B. INFUSIÓN	
INMOVILIZADORES	

IDX Trauma en rodilla derecha

MANEJO Valoracion por Ortopedia.

INSUMOS	CANT.

OBSERVACIONES pte qvl traumatismo (por un objeto contundente) hace 20 min presenta herida en rodilla derecha es trasladada a tratamiento por ortopedia

Entrega:	Hora:	La Recibe:	Hora:	Entrega:	Hora:	La Recibe:	Hora:
		Vbs Ly		Vbs Ly			

AMBULANCIAS ARMENIA
LA ASISTENCIA RUBIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIA
TA.RE.07

FECHA
22/9/26

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	PARTICULAR	EPS
Valentina Galvis Ramirez	27		Sanitas
DIAGNOSTICO DEL PACIENTE/CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO			
Fractura en radio derecho			

2. OBJETIVO

Trasladar al paciente desde una unidad a otra en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales.

Disminuir los potenciales riesgos de incidentes o eventos adversos, a los usuarios, durante el traslado externo.

3. CONSENTIMIENTO Y OTRAS CONSIDERACIONES

Declaro que he sido informado de mi estado de salud (o de mi representado) y de las condiciones necesarias para mi (su) recuperación, por lo cual acepto el traslado al centro de salud, dejando libre de responsabilidad a la IPS Ambulancias Armenia SAS por las POSIBLES COMPLICACIONES derivadas de mi estado de salud.

4. AUTORIZACIÓN

Por medio del presente documento autorizo (__) de forma libre, voluntaria y en uso de mis facultades mentales a la tripulación del transporte asistencial básico o medicalizado, para el traslado de acuerdo a la orden médica o de quien se derive la solicitud.

Desde: Ahora ya/septiembre hasta: 22 de 3 con yeso de brazo

Firma del paciente: Valentina Ramirez

CC: 1004884525

HUELLA

5. DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE (Sólo en caso de menor de edad, paciente interdicto y/o analfabetismo)

Yo _____ sé que el paciente _____ con Nº de identificación _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el traslado en transporte de pacientes básico o medicalizado. También se me han explicado los riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para que los profesionales tratantes y el personal auxiliar que precise, le realicen el traslado. Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se considere oportuno.

Firma de quien autoriza: _____

CC: _____

HUELLA

FALLIDO

INFORME DE SERVICIO

MEDICALIZADO	BÁSICO	ACCIDENTE DE TRANSITO	MOVIL	Nº
	✓		875	61606

FECHA			HORA
DÍA	MES	AÑO	
03	09	2026	I 10+30
			R 11+00

Enfermero	Conductor	Médico
Daniel Rojas	Jorge Guzman	
Institución	**Valor**	**Orden N°**

Traslado de: SENA Galan
Hasta: Hospital San juan de Dios
Regreso de:
Hasta

MOTIVOS DE TRASLADO	
REMISIÓN	✓
INTERCONSULTA	
AYUDAS DIAGNÓSTICAS	
CONSULTA URGENCIAS	

Datos del Paciente: Valentina Garcia Taborda
☑ C.C. ☐ R.C ☐ T.I. ☐ Otro 1072098768

Sexo	EPS	Régimen	CONT	SUB	VINC	PART	PART	EDAD	FECHA NACIMIENTO
M ✓ F	SURA			✓				19 años	25-05-2007

Dirección: Cra 9 #13A Edificio Puerto Mall la castellana Armenia-Q
Telefono: 3177725547
Nombre Acompañante: Alejandra Restrepo
Correo Elextrónico: valentinagarcia20086@mail.com
Parentesco: Acompañante

CONDICIONES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES

HIPERTENSIÓN		ALÉRGICOS	
DIABETES		FARMACOLÓGICOS	
CÁNCER		TÓXICOS	
CADIOPATÍAS		Cual:	

ANTECEDENTES

CABEZA		OSTEOMUSCULAR	
CUELLO		PIEL Y FANERAS	
CARDIOPULMONAR		NEUROLOGICO	
ABDOMEN		GENITO URINARIO	
EXTREMIDADES		Cual:	

GINECOOBSTETRICOS

G		A		V	
P		C		M	
FUM					

EDAD GESTACIONAL

X ECO		X FORUM	

VIA AEREA

PERMEABLE	
INTUBADO	
TRAQUEOSTOMIA	

VENTILACIÓN

ESPONTÁNEA	
ASISTIDA	
MECÁNICA	

CIRCULACIÓN

VÍA ENDOVENOSA	
CAT. CENTRAL	

NEUROLOGÍA

CONCIENTE	
INCONCIENTE	

GLASGOW O 4 V 5 M 6

SIGNOS VITALES

HORA						
FC						
FR						
TA						
SO_2						
T						

EQUIPOS MÉDICOS

MONITOR	
VENTILADOR	
DEXTROMETRO	
DESFIBRILADOR	
CONSUMO DE O_2	
B. INFUSIÓN	
INMOVILIZADORES	

IDX Hipoglicemia

MANEJO Remotron

INSUMOS	CANT.

OBSERVACIONES Al arribo paciente consciente, alerta, orientado en sus tres esferas mentales, niega traslado refiere sentirse bien.

RELACION DE DOCUMENTOS Y PERTENENCIAS DEL PACIENTE

SE RECIBE:	SE ENTREGA:	FIRMA DE RECIBIDO:

Entrega:	Hora:	La recibe:	Hora:	Entrega:	Hora:	La recibe:	Hora:
		Daniel Rojas 1764058					

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIA
TA.RE.07

FECHA
07-09-2026

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	PARTICULAR	EPS
Valentina Garcia T	19 años		SURA
DIAGNOTICO DEL PACIENTE /CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO			
Hipoglicemia			

2. OBJETIVO

Trasladar al paciente desde una unidad a otra en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales.

Disminuir los potenciales riesgos de incidentes o eventos adversos, a los usuarios, durante el traslado externo.

3. CONSENTIMIENTO Y OTRAS CONSIDERACIONES

Declaro que he sido informado de mi estado de salud (o de mi representado) y de las condiciones necesarias para mi (su) recuperación, por lo cual acepto el traslado al centro de salud, dejando libre de responsabilidad a la IPS Ambulancias Armenia SAS por las POSIBLES COMPLICACIONES derivadas de mi estado de salud.

4. AUTORIZACIÓN

Por medio del presente documento autorizo (__) de forma libre, voluntaria y en uso de mis facultades mentales a la tripulación del transporte asistencial básico o medicalizado, para el traslado de acuerdo a la orden médica o de quien se derive la solicitud.

Desde: _____ hasta: _____

Firma del paciente: _____

CC: _____

HUELLA

5. DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE (Sólo en caso de menor de edad, paciente interdicto y/o analfabetismo)

Yo _____ sé que el paciente _____ con Nº de identificación _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el traslado en transporte de pacientes básico o medicalizado. También se me han explicado los riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para que los profesionales tratantes y el personal auxiliar que precise, le realicen el traslado. Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se considere oportuno.

Firma de quien autoriza: _____

CC: _____

HUELLA

Sena

INFORME DE SERVICIO

MEDICALIZADO	BÁSICO	ACCIDENTE DE TRANSITO	MOVIL	Nº
	X		549	61632

FECHA			HORA	Enfermero	Conductor	Médico
DÍA	MES	AÑO	I 14:00	Daniel Rojas	Deiby Salazar	
09	09	2026	R 15:30	Institución	Valor	Orden N°

Traslado de: SENA GALAN

Hasta: Hospital San Juan de Dios

Regreso de:

Hasta

MOTIVOS DE TRASLADO

REMISIÓN	
INTERCONSULTA	
AYUDAS DIAGNÓSTICAS	
CONSULTA URGENCIAS	X

Datos del Paciente: Jose David Varela Cortes

C.C. ☐ R.C ☐ T.I. ☒ Otro ☐ 1094921777

Sexo M X F ☐ | **EPS** Armed Salud | **Régimen** | CONT | SUB | VINC X | PART | PART | **EDAD** 17 años | **FECHA NACIMIENTO** 22-07-2009

Dirección Dir Placer MZ 6 #179 Arminia - Quindio

Telefono 3215763456

Nombre Acompañante Juan Sebastian Guevara

Correo Electrónico juandavid2009@gmail.com

Parentesco Acompañante trabajador

CONDICIONES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES

HIPERTENSIÓN		ALÉRGICOS	
DIABETES		FARMACOLÓGICOS	
CÁNCER		TÓXICOS	
CADIOPATÍAS		Cual:	

ANTECEDENTES

CABEZA		OSTEOMUSCULAR	
CUELLO		PIEL Y FANERAS	
CARDIOPULMONAR		NEUROLOGICO	
ABDOMEN		GENITO URINARIO	
EXTREMIDADES		Cual:	

GINECOOBSTETRICOS

G		A		V	
P		C		M	
FUM					

EDAD GESTACIONAL

X ECO		X FORUM	

VIA AEREA

PERMEABLE	X
INTUBADO	
TRAQUEOSTOMIA	

VENTILACIÓN

ESPONTÁNEA	X
ASISTIDA	
MECÁNICA	

CIRCULACIÓN

VÍA ENDOVENOSA	X
CAT. CENTRAL	

NEUROLOGÍA

CONCIENTE	X
INCONCIENTE	

GLASGOW O 4 V 5 M 6

SIGNOS VITALES

HORA	14:40						
FC	105						
FR	21						
TA	117/76						
SO_2	97%						
T	31.5						

EQUIPOS MÉDICOS

MONITOR	X
VENTILADOR	
DEXTROMETRO	
DESFIBRILADOR	
CONSUMO DE O_2	
B. INFUSIÓN	
INMOVILIZADORES	

IDX Sobrepeso

MANEJO Con valla por urg

INSUMOS	CANT.

OBSERVACIONES se realiza traslado de paciente masculino de 17 años de edad. Al momento consciente, alerta, orientado en sus tres esferas mentales, con signos vitales en parametros normales se realiza triage y se entrega a medico de turno.

RELACION DE DOCUMENTOS Y PERTENENCIAS DEL PACIENTE

SE RECIBE:	SE ENTREGA:	FIRMA DE RECIBIDO:

Entrega:	Hora:	La recibe:	Hora:	Entrega:	Hora:	La recibe:	Hora:
Juan Sebastian Guevara.	14:10	Daniel Rojas 76405B	14:10	Daniel Rojas 76405B	16:00		16:00

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIA
TA.RE.07

FECHA
09-04-2026

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	PARTICULAR	EPS
Jose David Varela Cortez	17 años		Asmet salud
DIAGNOTICO DEL PACIENTE /CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO			
Sobredosis			

2. OBJETIVO

Trasladar al paciente desde una unidad a otra en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales.

Disminuir los potenciales riesgos de incidentes o eventos adversos, a los usuarios, durante el traslado externo.

3. CONSENTIMIENTO Y OTRAS CONSIDERACIONES

Declaro que he sido informado de mi estado de salud (o de mi representado) y de las condiciones necesarias para mi (su) recuperación, por lo cual acepto el traslado al centro de salud, dejando libre de responsabilidad a la IPS Ambulancias Armenia SAS por las POSIBLES COMPLICACIONES derivadas de mi estado de salud.

4. AUTORIZACIÓN

Por medio del presente documento autorizo (X) de forma libre, voluntaria y en uso de mis facultades mentales a la tripulación del transporte asistencial básico o medicalizado, para el traslado de acuerdo a la orden médica o de quien se derive la solicitud.

Desde: SENA GAIAN hasta: Hospital San juan de Dios

Firma del paciente: _____

CC: _____

5. DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE (Sólo en caso de menor de edad, paciente interdicto y/o analfabetismo)

Yo Juan Sebastian Guevara sé que el paciente Jose David Varela con Nº de identificación 1094921777 ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el traslado en transporte de pacientes básico o medicalizado. También se me han explicado los riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para que los profesionales tratantes y el personal auxiliar que precise, le realicen el traslado. Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se considere oportuno.

Firma de quien autoriza: _____

CC: 1098304670

Sena

INFORME DE SERVICIO

Nº 61488

MEDICALIZADO	BÁSICO	ACCIDENTE DE TRANSITO	MOVIL
	X		549

FECHA			HORA
DÍA	MES	AÑO	I 12:00
17	9	26	R 1330

Enfermero: patales — Conductor: Jorge guzman — Médico

Institución: vbi — Valor — Orden N°

Traslado de: Sena galan.

Regreso de:

Hasta: H. San Juan d'os

Hasta

MOTIVOS DE TRASLADO

REMISIÓN	—
INTERCONSULTA	
AYUDAS DIAGNÓSTICAS	
CONSULTA URGENCIAS	

Datos del Paciente: angela camila diaz

C.C. X R.C T.I. Otro 1090273475

Sexo M F — EPS: poliza m-calarca y bajo. — Régimen: CONT SUB VINC PART PART — EDAD: 20 — FECHA NACIMIENTO: 4/7/06

Dirección: B/maguala km-0 Vereda Bruma Telefono: 3137063492

Nombre Acompañante: lina marcela mendez ortiz — Correo Elextrónico: angelacamila diaz-

Parentesco: Profesora — @gmail.com

CONDICIONES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES

HIPERTENSIÓN		ALÉRGICOS	
DIABETES		FARMACOLÓGICOS	
CÁNCER		TÓXICOS	
CADIOPATÍAS		Cual:	

ANTECEDENTES

CABEZA		OSTEOMUSCULAR	
CUELLO		PIEL Y FANERAS	
CARDIOPULMONAR		NEUROLOGICO	
ABDOMEN		GENITO URINARIO	
EXTREMIDADES		Cual:	

GINECOOBSTETRICOS

G		A		V	
P		C		M	
FUM					

EDAD GESTACIONAL

X ECO		X FORUM	

VIA AEREA

PERMEABLE	
INTUBADO	
TRAQUEOSTOMIA	

VENTILACIÓN

ESPONTÁNEA	✓
ASISTIDA	
MECÁNICA	

CIRCULACIÓN

VÍA ENDOVENOSA	
CAT. CENTRAL	

NEUROLOGÍA

CONCIENTE	✓
INCONCIENTE	

GLASGOW O 4 V 5 M 6

SIGNOS VITALES

HORA						
FC	69					
FR	16					
TA	130/80					
SO_2	94					
T	36					

EQUIPOS MÉDICOS

MONITOR	
VENTILADOR	
DEXTROMETRO	
DESFIBRILADOR	
CONSUMO DE O_2	
B. INFUSIÓN	
INMOVILIZADORES	

IDX Trauma en coxis.

MANEJO pte en valoracion medica.

INSUMOS	CANT.

OBSERVACIONES pte guz trabajando — actividad deportiva. Salto. Cae sobre sus pies y genera dolor en area de coxis. Se traslada con dolor.

Entrega:	Hora:	La Recibe:	Hora:	Entrega:	Hora:	La Recibe:	Hora:
		vbi		vbi			

AMBULANCIAS ARMENIA LA ASISTENCIA IDEAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIA

TA.RE.07

FECHA
7/9/26

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	PARTICULAR	EPS
Angela Carmona	20		Nueva
DIAGNOTICO DEL PACIENTE /CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO			
Trauma en cadera			

2. OBJETIVO

Trasladar al paciente desde una unidad a otra en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales.

Disminuir los potenciales riesgos de incidentes o eventos adversos, a los usuarios, durante el traslado externo.

3. CONSENTIMIENTO Y OTRAS CONSIDERACIONES

Declaro que he sido informado de mi estado de salud (o de mi representado) y de las condiciones necesarias para mi (su) recuperación, por lo cual acepto el traslado al centro de salud, dejando libre de responsabilidad a la IPS Ambulancias Armenia SAS por las POSIBLES COMPLICACIONES derivadas de mi estado de salud.

4. AUTORIZACIÓN

Por medio del presente documento autorizo (__) de forma libre, voluntaria y en uso de mis facultades mentales a la tripulación del transporte asistencial básico o medicalizado, para el traslado de acuerdo a la orden médica o de quien se derive la solicitud.

Desde: Zona Angela hasta: Hospital San Juan de Dios

Firma del paciente: Angela Carmona

CC: 1090273475

HUELLA

5. DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE (Sólo en caso de menor de edad, paciente interdicto y/o analfabetismo)

Yo _____ sé que el paciente _____ con Nº de identificación _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el traslado en transporte de pacientes básico o medicalizado. También se me han explicado los riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para que los profesionales tratantes y el personal auxiliar que precise, le realicen el traslado. Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se considere oportuno.

Firma de quien autoriza: _____

CC: _____

HUELLA

sena.

INFORME DE SERVICIO

MEDICALIZADO ☐ | BÁSICO ☐ | ACCIDENTE DE TRANSITO ☐ | MOVIL 549 | Nº 61495

FECHA			HORA	Enfermero	Conductor	Médico
DÍA	MES	AÑO	I 15:30	Institución	Valor	Orden Nº
14	9	26	R 16:30	Ubiety	Jorge Guzman	

Traslado de: Sena agrupación | Hasta: H. San Juan Dios
Regreso de: | Hasta:

MOTIVOS DE TRASLADO	
REMISIÓN	—
INTERCONSULTA	
AYUDAS DIAGNÓSTICAS	
CONSULTA URGENCIAS	

Datos del Paciente: M. Tomasa Conde asbolde | ☐ C.C. ☐ R.C ☐ T.I. ☐ Otro 709720414

Sexo	EPS	Régimen	CONT	SUB	VINC	PART	PART	EDAD	FECHA NACIMIENTO
M F	Asmet salud							77	9/12/48

Dirección: Ciudadela mz-75 P - Quimbaya | Telefono: 3206906824
Nombre Acompañante: Diana Katerine Ochoa | Correo Elextrónico: Kathesal903@gmail.com
Parentesco: Cuñada

CONDICIONES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES			
HIPERTENSIÓN		ALÉRGICOS	
DIABETES		FARMACOLÓGICOS	
CÁNCER		TÓXICOS	
CADIOPATÍAS		Cual:	

ANTECEDENTES			
CABEZA		OSTEOMUSCULAR	
CUELLO		PIEL Y FANERAS	
CARDIOPULMONAR		NEUROLOGICO	
ABDOMEN		GENITO URINARIO	
EXTREMIDADES		Cual:	

GINECOOBSTETRICOS					
G		A		V	
P		C		M	
FUM					

EDAD GESTACIONAL			
X ECO		X FORUM	

VIA AEREA		VENTILACIÓN	
PERMEABLE		ESPONTÁNEA	✓
INTUBADO		ASISTIDA	
TRAQUEOSTOMIA		MECÁNICA	
CIRCULACIÓN		**NEUROLOGÍA**	
VÍA ENDOVENOSA		CONCIENTE	✓
CAT. CENTRAL		INCONCIENTE	
GLASGOW	O 4	V 5	M 6

SIGNOS VITALES

HORA						
FC	88					
FR	16					
TA	120/69					
SO_2	99					
T	36					

EQUIPOS MÉDICOS	
MONITOR	
VENTILADOR	
DEXTROMETRO	
DESFIBRILADOR	
CONSUMO DE O_2	
B. INFUSIÓN	
INMOVILIZADORES	

IDX Dolor de pecho.

MANEJO pte se traslada a valoración medica.

INSUMOS	CANT

OBSERVACIONES pte que se encontraba en casa agropecuario. Cuando presento dolor en pecho. Disnea. Diaforesis se realiza toma de signos vitales y se encuentra estable.

Entrega:	Hora:	La Recibe:	Hora:	Entrega:	Hora:	La Recibe:	Hora:
		Ubiety		Ubiety			

AMBULANCIAS ARMENIA
EMERGENCIA IDEAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRASLADO DE PACIENTES EN AMBULANCIA
TA.RE.07

FECHA
7/11/24

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD	PARTICULAR	EPS
Ivon Johana Conde	44		Asmet Salud
DIAGNOTICO DEL PACIENTE /CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO			
Dolor de pecho			

2. OBJETIVO

Trasladar al paciente desde una unidad a otra en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales.

Disminuir los potenciales riesgos de incidentes o eventos adversos, a los usuarios, durante el traslado externo.

3. CONSENTIMIENTO Y OTRAS CONSIDERACIONES

Declaro que he sido informado de mi estado de salud (o de mi representado) y de las condiciones necesarias para mi (su) recuperación, por lo cual acepto el traslado al centro de salud, dejando libre de responsabilidad a la IPS Ambulancias Armenia SAS por las POSIBLES COMPLICACIONES derivadas de mi estado de salud.

4. AUTORIZACIÓN

Por medio del presente documento autorizo (__) de forma libre, voluntaria y en uso de mis facultades mentales a la tripulación del transporte asistencial básico o medicalizado, para el traslado de acuerdo a la orden médica o de quien se derive la solicitud.

Desde: Sede Agrupalma hasta: Hospital San Juan de Dios

Firma del paciente: Ivon Johana Conde Acevedo.

CC: 1091204407 TI.

5. DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE (Sólo en caso de menor de edad, paciente interdicto y/o analfabetismo)

Yo _____ sé que el paciente _____ con Nº de identificación_____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el traslado en transporte de pacientes básico o medicalizado. También se me han explicado los riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para que los profesionales tratantes y el personal auxiliar que precise, le realicen el traslado. Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se considere oportuno.

Firma de quien autoriza: _____

CC:_____

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 18 de septiembre de 2026, a las 15:18:06, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Número de identificación tributario
No. Identificación	9001180597
Código de Verificación	900118059726091815 1806

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 18/09/2026 03:24:32 p. m. para **- NIT, sin digito de verificación:** Nº. **900118059**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **148005763** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303216740

PIB
15:37:18

Bogotá DC, 18 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), la persona AMBULANCIAS ARMENIA LIMITADA identificado(a) con NIT número 9001180597:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.