E.S.E HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Página 1 de 1
		CODIGO:100-12
	REQUERIMIENTO Y/O NECESIDAD DE PERSONAL	VERSION: 01

ACTA DE EJECUCION

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA							
NOMBRE COMPLETO	RENSON DAVID VILLAMIZAR RODRIGUEZ						
C.C. O NIT	CC. 1.007.189.402 EXPEDIDA EN BUCARAMANGA						
NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO	3115495480						
VALOR COBRADO	$ 2.550. 000.oo						
PERIODO DEL VALOR COBRADO	DÍA:01	MES:09	AÑO: 2026	-	DÍA:30	MES:09	AÑO:2026

INFORMACIÓN DEL CONTRATO:					
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO No.	FECHA INICIO DEL CONTRATO			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	N°211-2026	DÍA:01	MES:09	AÑO:2026	
CDP: 000500	FECHA 31/07/2026	RP: 000550	FECHA: 01/09/2026		
CDP ADICIONAL: N/A	FECHA: N/A	RP ADICIONAL: N/A	FECHA: N/A		
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO CONDUCTOR EN LA IPS CENTRO DE SALUD LA VEGA DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE- CÁCHIRA				

CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA					
ENTIDAD BANCARIA	BANCO AGRARIO				
NÚMERO DE CUENTA	45121204633-9	AHORROS	X	CORRIENTE	
DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN EL CUADRO *"CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA"* ES VERDADERA, SE ENCUENTRA ACTUALIZADA Y ES DE MI PROPIEDAD.					

CONTROL DE SUPERVISIÓN			
NOMBRE SUPERVISOR	*NELSON HERNAN TALERO MORA*		
CARGO SUPERVISOR	CONDUCTOR		
FECHA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN	DÍA: 30	MES: SEP	AÑO:2026
CERTIFICO QUE CUMPLO CON LAS RESPONSABILIDADES COMO SUPERVISOR DE ESTE CONTRATO DEFINIDAS EN EL DOCUMENTO MECI [CO-F-103-18.005] *"DESIGNACIÓN Y/O NOTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO".*			

Nelson H Talero	Renson Villamizar
SUPERVISOR DEL CONTRATO	CONTRATISTA

INFORME DE EJECUCION

ACTA No.	**001**	**TIPO DE CONTRATO**	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO			
No. DE CONTRATO	***N° 211-2026***	**FECHA DE CONTRATO**	**01-SEPTEIMBRE-2026**
NOMBRE CONTRATISTA	**RENSON DAVID VILLAMIZAR RODRIGUEZ**		
PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO CONDUCTOR EN LA IPS CENTRO DE SALUD LA VEGA DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE-CÁCHIRA			
LUGAR DE EJECUCIÓN	MUNICIPIO DE CACHIRA NORTE DE SANTANDER		
NOMBRE DEL SUPERVISOR	***NELSON HERNAN TALERO MORA***		
CARGO DEL SUPERVISOR	***CONDUCTOR***		
PLAZO DEL CONTRATO	CINCO MESES (05)	**PLAZO ADICIONAL DEL CONTRATO** (si aplica)	NO APLICA
VALOR DEL CONTRATO	$2.550.000.oo	**VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO** (si aplica)	NO APLICA
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	01 DE SEPTIEMBRE DE 2026		
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	30 DE SEPTIEMBRE DE 2026	**FECHA DE TERMINACIÓN CON ADICIÓN** (si aplica)	NO APLICA
REGISTROS PRESUPUESTALES			
REGISTROS INICIALES			
No. DE CDP	**000500**	**FECHA DE EXPEDICIÓN CDP**	**31-JULIO-2026**
No. DE RP	**000550**	**FECHA DE EXPEDICIÓN RP**	**01-SEP- 2026**
REGISTROS ADICIONALES (si aplica)			
No. DE CDP	NO APLICA	**FECHA DE EXPEDICIÓN CDP**	NO APLICA
No. DE RP	NO APLICA	**FECHA DE EXPEDICIÓN RP**	NO APLICA

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
PERIODO	**FECHA DE PAGO**	**NÚMERO DE PLANILLA**	**VALOR SALUD**	**VALOR PENSIÓN**	**VALOR ARL**
			NUEVA EPS	**PORVENIR**	**POSITIVA**
SEPTIEMBRE 2026	**02-OCTUBRE-2026**	**4664938509**	**218900**	**280200**	**42700**

PÓLIZA DE GARANTÍAS (si aplica)		
NOMBRE ASEGURADORA	**NUMERO DE PÓLIZA**	**FECHA DE APROBACIÓN**
N/A	N/A	N/A

PERIODO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
PERIODO CUMPLIDO DE EJECUCIÓN	***01 DE SEPTIEMBRE 2026 AL 30 DE SEPTIEMBRE 2026***
VALOR A PAGAR	***$2.550. 000.oo***

DANDO CUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES DEL PRESENTE CONTRATO, SE RELACIONAN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL CUMPLIMIENTO DE ESTE PERÍODO DE EJECUCIÓN:

No.	**ACTIVIDAD CONTRACTUAL**	**ACTIVIDAD REALIZADA**	**EVIDENCIA/ SOPORTE**

1.	**A. OBLIGACIONES ESPÉCIFICAS**: El contratista desarrollará las siguientes Obligaciones: **1.)** Conducir la ambulancia de manera segura y eficiente, llevando a cabo el traslado de pacientes desde la IPS Centro de Salud La Vega hacia niveles superiores de referencia y contra referencia (Ocaña - Bucaramanga y Cúcuta) según se lo indique el profesional de Urgencias. **2.)** Asegurar que el vehículo esté en buen estado y cumpla con las normas de circulación, para ello deberá realizar el diagnóstico e informar sobre el estado del vehículo por lo menos 1 vez al mes. **3.)** Mantener la ambulancia limpia, desinfectada y organizada. **4.)** Asegurar que el material médico esté disponible y en buen estado. **5.)** Responder a las llamadas de emergencia con rapidez. **6.)** Proporcionar primeros auxilios básicos y asistencia de soporte vital. **7.)** Informar a los pacientes y familiares sobre el traslado. **8.)** Respetar los derechos de los pacientes **9.)** Mantener registros de las actividades de transporte, realizando el registro de cada una de las remisiones efectuadas. **10.)** Colaborar con el personal sanitario **11.)** Tener disponibilidad de traslado a cualquier IPS de la entidad y realizar las remisiones pertinentes en cualquier horario del mes. **12.)** Demas obligaciones que se derivan de la naturaleza de su contrato.	JUAN DIEGO TALERO T.I N° 1097914112 NUEVA EPS REMISION A ESE SAN CAMILO BUCARAMANGA ANDRES CAMARGO ROJAS CEDULA N° 88170854 NUEVA EPS REMISION AL HUS GILBERTO HERNANDEZ GARCIA CEDULA N° 5482114 REMISION HUS JENIFER GOMEZ ROLON T.I N° 1071915565 NUEA EPS REMISION A LA CIUDAD DE CUCUTA NIÑOS DE PAPEL YURDIESEL TORRADO CEDULA N° 27652402 COMFAORIENTE REMISION A LA FUNDACION CARDIOVASCULAR BUCARAMANGA FABIO ARNAOLDI OYOLA RAMIREZ CEDULA N° 8 REMISION 8171.757 COOSALUD SUB REMISISON AL HOSPITAL DEL NORTE EDDY JOHANA VILLAMIZAR TARAZONA CEDULA 1094779346 COOSALUD REMISION A ISABU LUIS ESDUARDO ESTEBAN ARENALES CEDULA N° 91209187 COMFAORIENTE REMISION A LA FUNDACION CARDIOVASCULAR DE BUCARAMANGA JUNIOR STIVEN PABON PAEZ T.I..N° 1097304741 FAMISANAR REMISION AL HIC BUCARAMANGA SALVADOR HERNANDEZ CABREJO CEDULA N° 13814042 SURAMERICANA REMISION A CLINICA COMUNEROS CARLOS DAVID SILVA CEDULA N ° 5419800 REMISION A BUCARAMANGA HUS ANA ILSE RINCON OYOLA CEDULA N° 27650757 NUEVA EPS REMISION CLINICA FOSCAL ROMELIA PEREZ DE OSORIO CEDULA N° 27616365 REMISION NUEVA EPS A CLINICA COMUNEROS XIOMARA ORTIZ RODRIGUEZ CEDULA 1007670991 NUEVA EPS REMISION A FOSCAL JUDITH PATRICIA ARCHILA CEDULA N° 1119183207 NUEVA EPS REMISION A FOSCAL JORGE GELVEZ CONTRERAS CEDULA N° 1097303452 NUEVA EP REMISION CLINICA LOS COMUNEROS TRASLADO DE PERSONAL MEDICO Y ADMINISTRATIVO EN EL MES ASIGNADOS DEMAS LABORES ASIGNADAS DE TRASLADO DE PERSONAL INTERNO ENTRE LAS IPS COMO TRASLADO DE VACUNA Y PACIENTES REMITIDOS A LA IPS MIGUEL DURAN DURAN PARA SU HOSPITALIZACION LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO DE LA AMBULANCIA	**SE ADJUNTAN INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO DE 01 DE SEPTIEMBRE 2026- 30 DE SEPTIEMBRE 2026 CONTRATO N° 211 DE 2026**
2.	**B. OBLIGACIONES GENERALES:** se obliga para con la entidad contratante a lo siguiente: **1.)** Entregar de forma mensual los respectivos informes sobre los avances en la ejecución del objeto contractual con todos sus soportes. **2.)** Actuar con plena eficiencia y responsabilidad desarrollando y/o ejecutando todas aquellas actividades que sean compatibles con el objeto del presente Contrato. **3.)** Responder por los elementos, bienes y en general los elementos que se pongan a su disposición propendiendo en todo caso por su conservación y uso adecuado. **4.)** En general cumplir con los objetivos, actos, obligaciones, orientaciones y prioridades que vayan estableciéndose durante la ejecución del contrato. **5**.) Cumplir con lo dispuesto en los Decreto 1703 de 2002 y su modificatorio 2400/02, el Decreto 510 del 2003. **6.)** En general dar cumplimiento estricto a sus obligaciones para el Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscal conforme a lo establecido en el artículo 1 de la Ley 828 del 10 de julio del 2003. En el evento de incumplimiento de dicha obligación la Entidad contratante podrá imponer multas sucesivas hasta tanto se cumpla con el objeto pago de los aportes. **7.)** Cumplir con los pagos de los tributos que afecte el presente contrato de prestación de servicios. **8.)** El contratista desarrollará el objeto del presente contrato con total autonomía, sin que exista subordinación y por lo tanto no genera relación laboral o dependencia alguna con la E.S.E. Hospital Regional Occidente Norte de Santander, **9**) Si en el cumplimiento de las actividades objeto del presente contrato se desarrollen proyectos, obras, escritos, que impliquen		

	derechos de autor, los mismos serán de propiedad de la Empresa Social del Estado Hospital Regional Occidente, estando en la obligación de transferirlos a la entidad contratante, de conformidad con el inciso segundo del artículo 13 del Decreto 2170 de 2002		

ANEXOS: Especificar el tipo de anexo: Actas, procedimientos, formatos, PDF, Excel, fotografías

OBSERVACIONES SUPERVISOR DEL CONTRATO

N/A

Se reunieron el SUPERVISOR del contrato y el CONTRATISTA con el fin de revisar, verificar y aprobar las actividades realizadas por el contratista durante este periodo cumplido de ejecución del contrato. Por tal motivo, el suscrito SUPERVISOR se sirve CERTIFICAR que el contratista cumplió a cabalidad con las actividades designadas en este periodo de ejecución, las cuales, se relacionan en la presente Acta; así como también, de cumplir con sus deberes de legalización, de acuerdo con lo establecido en la cláusula que señala la forma de pago, en especial, el de haber sufragado los pagos de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, según corresponda.

En consecuencia, las partes manifiestan entender y estar de acuerdo que el balance parcial de este periodo cumplido de ejecución del contrato es el siguiente:

BALANCE PARCIAL DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

DETALLE	CONTRATADO	PAGOS REALIZADOS
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$2.550. 000.oo**	NINGUNO
VALOR DEL CONTRATO CON ADICIÓN (si aplica)	NO APLICA	NO APLICA
PRIMER PAGO	N/A	**$2.550. 000.oo**
SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR	**N/A**	**N/A**
TOTAL (sumas iguales)	**$2.550. 000.oo**	**$2.550. 000.oo**

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente Acta por quienes en ella intervinieron, en el municipio de Cachira – Norte de Santander, el día CINCO (05) del mes de OCTUBRE del 2026

Nelson H Talero

NELSON HERNAN TALERO MORA
CONDUCTOR
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Prepson Villamizar

RENSON DAVID VILLAMIZAR RODRIGUEZ
C.C. No.1007189402 de Bucaramanga Sder
CONTRATISTA

	derechos de autor, los mismos serán de propiedad de la Empresa Social del Estado Hospital Regional Occidente, estando en la obligación de transferirlos a la entidad contratante, de conformidad con el inciso segundo del artículo 13 del Decreto 2170 de 2002		

ANEXOS: Especificar el tipo de anexo: Actas, procedimientos, formatos, PDF, Excel, fotografías

OBSERVACIONES SUPERVISOR DEL CONTRATO

N/A

Se reunieron el SUPERVISOR del contrato y el CONTRATISTA con el fin de revisar, verificar y aprobar las actividades realizadas por el contratista durante este periodo cumplido de ejecución del contrato. Por tal motivo, el suscrito SUPERVISOR se sirve CERTIFICAR que el contratista cumplió a cabalidad con las actividades designadas en este periodo de ejecución, las cuales, se relacionan en la presente Acta; así como también, de cumplir con sus deberes de legalización, de acuerdo con lo establecido en la cláusula que señala la forma de pago, en especial, el de haber sufragado los pagos de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, según corresponda.

En consecuencia, las partes manifiestan entender y estar de acuerdo que el balance parcial de este periodo cumplido de ejecución del contrato es el siguiente:

BALANCE PARCIAL DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

DETALLE	CONTRATADO	PAGOS REALIZADOS
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$2.550. 000.oo**	NINGUNO
VALOR DEL CONTRATO CON ADICIÓN (si aplica)	NO APLICA	NO APLICA
PRIMER PAGO	N/A	**$2.550. 000.oo**
SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR	**N/A**	**N/A**
TOTAL (sumas iguales)	**$2.550. 000.oo**	**$2.550. 000.oo**

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente Acta por quienes en ella intervinieron, en el municipio de Cachira – Norte de Santander, el día treinta (30) del mes de SEPTIEMBRE del 2026

Renson Villamizar

NELSON HERNAN TALERO MORA
CONDUCTOR
SUPERVISOR DEL CONTRATO

RENSON DAVID VILLAMIZAR RODRIGUEZ
C.C. No.1007189402 de Bucaramanga Sder
CONTRATISTA

E.S.E HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE

ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE
ORDEN DE SERVICIOS
SOLICITUD DE AMBULANCIA

Hora Salida: _____
Hora Llegada: _____

FECHA: 02/09/20 H. CLINICA 1097914112

NOMBRE COMPLETO DEL PTE: Juan Diego talero

DOC. IDENTIFICACIÓN: 1097914112 EDAD: 10

SERVICIO: urgencias CAMA: _____

TIPO DE AFILIACIÓN: Nueva eps - contributivo No. CARNET: _____

Dra. Valentina Jaime M. Médico General R.M 1098815088
SOLICITADA POR

FIRMA ENFERMERA JEFE HORA: _____

MOTIVO DE TRASLADO: _____

TIPO DE AMBULANCIA: TAB PLACA: OES 101 CONDUCTOR: Renson U. Llam. Lar

ORDENADO POR: Dra. Valentina Jaime M. Médico General R.M 1098815088 AMBULATORIO: _____ HOSPITALIZADO: _____

Dr. Andrés M. Cupacho L. Médico y Cirujano R.M. 109...3607 UIS

FIRMA USUARIO Y FLIAR FIRMA DEL CONDUCTOR FIRMA DEL HOSPITAL QUE RECIBE

E.S.E HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE

ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE
ORDEN DE SERVICIOS
SOLICITUD DE AMBULANCIA

Hora Salida: _____
Hora Llegada: _____

FECHA: 03 - Septiembre - 2026 H. CLINICA _____

NOMBRE COMPLETO DEL PTE: Andres Camargo Rojas

DOC. IDENTIFICACIÓN: cc. 88170854 EDAD: 54 años

SERVICIO: C. urgencias CAMA: _____

TIPO DE AFILIACIÓN: Nueva EPS No. CARNET: _____

Paola [illegible]
SOLICITADA POR

Betti Yamile Romero
FIRMA ENFERMERA JEFE HORA: _____

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ADMISIONES

MOTIVO DE TRASLADO: Hemorragia de vias digestivas

TIPO DE AMBULANCIA: TAB PLACA: OES 036 CONDUCTOR: Renson V.

ORDENADO POR: Dra Paola L. AMBULATORIO: _____ HOSPITALIZADO: _____

E.S.E HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE

ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE
ORDEN DE SERVICIOS
SOLICITUD DE AMBULANCIA

Hora Salida: _____
Hora Llegada: _____

FECHA: 04/08/2026 H. CLINICA _____

NOMBRE COMPLETO DEL PTE: Gilberto Hernandez Garcia.

DOC. IDENTIFICACIÓN: 5482114 EDAD: 86 A.

SERVICIO: Urgencias. CAMA: _____

TIPO DE AFILIACIÓN: Nueva eps. No. CARNET: _____

Paola Geliez Toloza — Dra. Paola Geliez Toloza, Médico General, CC. 1000136178 — SOLICITADA POR

Betti Camilo Roca — FIRMA ENFERMERA JEFE — HORA: _____

MOTIVO DE TRASLADO: Radiografia de hombro y torax.

TIPO DE AMBULANCIA: TAB. PLACA: OES036. CONDUCTOR: Renson villamizar.

ORDENADO POR: Paola Geliez Toloza — Dra. Paola Geliez Toloza, Médico General, CC. 1000136178 — AMBULATORIO: Dra. María Isabel Sepúlveda Rivas, Médico General, UNAB, RM: 110238899 — HOSPITALIZADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

FIRMA USUARIO Y FLIAR — FIRMA DEL CONDUCTOR — ADMISIONES — FIRMA DEL HOSPITAL QUE RECIBE

E.S.E HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE

ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE
ORDEN DE SERVICIOS
SOLICITUD DE AMBULANCIA

Hora Salida: _____
Hora Llegada: _____

FECHA: 05/09/2026 H. CLINICA 1071915565

NOMBRE COMPLETO DEL PTE: Jenifer Gomez Rolon

DOC. IDENTIFICACIÓN: 1071915565 EDAD: 14 años.

SERVICIO: Urgencias CAMA: _____

TIPO DE AFILIACIÓN: Nueva eps S No. CARNET: _____

SOLICITADA POR — FIRMA ENFERMERA JEFE — HORA: _____

MOTIVO DE TRASLADO: Valoracion por psiquiatria. - Trastornos rentales y del comportamiento f190

TIPO DE AMBULANCIA: _____ PLACA: _____ CONDUCTOR: _____

ORDENADO POR: _____ AMBULATORIO: _____ HOSPITALIZADO: _____

Gabriela Tollo

E.S.E HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE

ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE
ORDEN DE SERVICIOS
SOLICITUD DE AMBULANCIA

Hora Salida: _____
Hora Llegada: _____

FECHA: 07/09/26 H. CLINICA 27652402

NOMBRE COMPLETO DEL PTE: Yurdy Yudipse tarrado

DOC. IDENTIFICACIÓN: 27652402 EDAD: 44 años

SERVICIO: Urgencias CAMA: _____

TIPO DE AFILIACIÓN: Contributivo - subsidiado No. CARNET: _____

Dra Jessica Acevedo
Medico General
RM 1.090.454.933

SOLICITADA POR _____ FIRMA ENFERMERA JEFE _____ HORA: _____

MOTIVO DE TRASLADO: _____

TIPO DE AMBULANCIA: TAB PLACA: OES101 CONDUCTOR: Renson Villamizar

ORDENADO POR: Dra Jessica Acevedo
Medico General
RM 1.090.454.933 AMBULATORIO: _____ HOSPITALIZADO: _____

RECIBIDO
ENFERMERIA EXT

FIRMA USUARIO Y FLIAR _____ FIRMA DEL CONDUCTOR _____ FIRMA DEL HOSPITAL QUE RECIBE

E.S.E HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE

ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE
ORDEN DE SERVICIOS
SOLICITUD DE AMBULANCIA

Hora Salida: _____
Hora Llegada: _____

FECHA: 10/09/2026. H. CLINICA _____

NOMBRE COMPLETO DEL PTE: Fabio Arnoldy Goyeneche Ramirez.

DOC. IDENTIFICACIÓN: 88171757 EDAD: _____

SERVICIO: Urgencias. CAMA: _____

TIPO DE AFILIACIÓN: Coosalud No. CARNET: _____

Dr. Edwin Donado Quintero
Reg. 1.090.479.836
Medico General

SOLICITADA POR _____ Juliana Arenas FIRMA ENFERMERA JEFE _____ HORA: _____

Dr. Edwin Donado Quintero
Reg. 1.090.479.836
Médico General

MOTIVO DE TRASLADO: _____

TIPO DE AMBULANCIA _____ PLACA: OES036. CONDUCTOR: Renson Villamizar

ORDENADO POR: _____ AMBULATORIO: _____ HOSPITALIZADO: _____

E.S.E HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE

ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE
ORDEN DE SERVICIOS

SOLICITUD DE AMBULANCIA

Hora Salida: _____
Hora Llegada: _____

FECHA: 10/09/2026. H. CLINICA _____

NOMBRE COMPLETO DEL PTE: Edy Johana Villamizar Tarazona.

DOC. IDENTIFICACIÓN: 1094779346. EDAD: _____

SERVICIO: Urgencias CAMA: _____

TIPO DE AFILIACIÓN: Coosalud - Sub. No. CARNET: _____

Dr. Edwin Donado Quintero
Reg. 1.090.479.836
Médico General
SOLICITADA POR

Juliana Lizarazo
FIRMA ENFERMERA JEFE

HORA: _____

Dr. Edwin Donado Quintero
Reg. 1.090.479.836
Médico General
MOTIVO DE TRASLADO: _____

TIPO DE AMBULANCIA: _____ PLACA: OES036. CONDUCTOR: Renson Villamizar

ORDENADO POR: _____ AMBULATORIO: _____ HOSPITALIZADO: _____

ISABU

FIRMA USUARIO Y FLIAR

Renson Villamizar.
FIRMA DEL CONDUCTOR

FIRMA DEL HOSPITAL QUE RECIBE

E.S.E HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE

ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE
ORDEN DE SERVICIOS

SOLICITUD DE AMBULANCIA

Hora Salida: _____
Hora Llegada: _____

FECHA: 11/09/2026. H. CLINICA _____

NOMBRE COMPLETO DEL PTE: Luis Eduardo Esteban Arenales.

DOC. IDENTIFICACIÓN: 91209187. EDAD: 70A.

SERVICIO: Urgencias CAMA: _____

TIPO DE AFILIACIÓN: Comfaoriente No. CARNET: _____

SOLICITADA POR

Betty Romero.
FIRMA ENFERMERA JEFE

HORA: _____

MOTIVO DE TRASLADO: _____

TIPO DE AMBULANCIA: TAB. PLACA: OES036 CONDUCTOR: Renson Villamizar.

ORDENADO POR: _____ AMBULATORIO: _____ HOSPITALIZADO: _____

FIRMA USUARIO Y FLIAR

FIRMA DEL CONDUCTOR

FIRMA DEL HOSPITAL QUE RECIBE

E.S.E HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE

ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE
ORDEN DE SERVICIOS
SOLICITUD DE AMBULANCIA

Hora Salida: _____
Hora Llegada: _____

FECHA: 12/09/2026. H. CLINICA _____

NOMBRE COMPLETO DEL PTE: Junior Stiven Pabon * Paez

DOC. IDENTIFICACIÓN: 1097304741 EDAD: 15 A.

SERVICIO: Urgencias. CAMA: _____

TIPO DE AFILIACIÓN: Famisanar. No. CARNET: _____

* Jessica Acevedo R. — SOLICITADA POR

Judy Ropero — FIRMA ENFERMERA ~~JEFE~~ HORA: _____

MOTIVO DE TRASLADO: _____

TIPO DE AMBULANCIA: TAB. PLACA: OES 036 CONDUCTOR: Renson villamizar.

ORDENADO POR: * Jessica A R. AMBULATORIO: _____ HOSPITALIZADO: _____

FIRMA USUARIO Y FLIAR _____ FIRMA DEL CONDUCTOR _____ Yoly Pineda — FIRMA DEL HOSPITAL QUE RECIBE

E.S.E HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE

ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE
ORDEN DE SERVICIOS
SOLICITUD DE AMBULANCIA

Hora Salida: _____
Hora Llegada: _____

FECHA: 16/09/2026. H. CLINICA _____

NOMBRE COMPLETO DEL PTE: Salvador Hernandez * Cabrejo.

DOC. IDENTIFICACIÓN: 13.814.042 EDAD: 75 A.

SERVICIO: Urgencias. CAMA: _____

TIPO DE AFILIACIÓN: * Sura. No. CARNET: _____

Paola gelvez. — SOLICITADA POR

Betty Yamile Ron — FIRMA ENFERMERA ~~JEFE~~ HORA: _____

MOTIVO DE TRASLADO: Abdomen agudo

TIPO DE AMBULANCIA: TAB. PLACA: OES 036. CONDUCTOR: Renson villamizar

ORDENADO POR: Paola gelvez AMBULATORIO: _____ HOSPITALIZADO: _____

1098772970

E.S.E HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE

ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE
ORDEN DE SERVICIOS
SOLICITUD DE AMBULANCIA

Hora Salida: _____
Hora Llegada: _____

FECHA: 17-09-26 H. CLINICA _____

NOMBRE COMPLETO DEL PTE: Carlos David Silva

DOC. IDENTIFICACIÓN: 5419800 EDAD: 70 años

SERVICIO: Urgencias CAMA: _____

TIPO DE AFILIACIÓN: 5419800 No. CARNET: _____

Dra Jessica Acevedo
Medico General
RM 1.090.454.933
SOLICITADA POR

FIRMA ENFERMERA JEFE HORA: _____

MOTIVO DE TRASLADO: Dengue

TIPO DE AMBULANCIA: _____ PLACA: OES 036 CONDUCTOR: Renson Villamizar

ORDENADO POR: Dra Jessica Acevedo Medico General RM 1.090.454.933 AMBULATORIO: _____ HOSPITALIZADO: _____

FIRMA USUARIO Y FLIAR

Renson Villamizar
FIRMA DEL CONDUCTOR

Monica Mendez
FIRMA DEL HOSPITAL QUE RECIBE

E.S.E HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE

ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE
ORDEN DE SERVICIOS
SOLICITUD DE AMBULANCIA

Hora Salida: _____
Hora Llegada: _____

FECHA: 20-09-2026 H. CLINICA _____

NOMBRE COMPLETO DEL PTE: Ana Ilse Rincon Oyola

DOC. IDENTIFICACIÓN: 27650757 EDAD: 60 años

SERVICIO: _____ CAMA: _____

TIPO DE AFILIACIÓN: Nueva Eps Contributivo No. CARNET: Omar Castro Carrillo TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Res. No. 08905 - 2010

Dra. Yuliana Marcela Camargo Rodriguez
Médico General
CC. 1005001651
SOLICITADA POR

Clínica FOSCAL
2 SEP 2026
FIRMA ENFERMERA JEFE
ADMISIONES URGENCIAS

HORA: _____

MOTIVO DE TRASLADO: R101

TIPO DE AMBULANCIA: TAB PLACA: OES 036 CONDUCTOR: Renson Villamizar

ORDENADO POR: Dra. Yuliana Marcela Camargo Rodriguez Médico General CC. 1005001651 AMBULATORIO: _____ HOSPITALIZADO: _____

Samuel Corredor
FIRMA USUARIO Y FLIAR

Renson Villamizar
FIRMA DEL CONDUCTOR

1004978378
FIRMA DEL HOSPITAL QUE RECIBE

E.S.E HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE

ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE
ORDEN DE SERVICIOS
SOLICITUD DE AMBULANCIA

Hora Salida: _____
Hora Llegada: _____

FECHA: 21/09/2026. H. CLINICA _____

NOMBRE COMPLETO DEL PTE: Romelia Perez de osorio

DOC. IDENTIFICACIÓN: 27.616.365. EDAD: 83A.

SERVICIO: Urgencias CAMA: _____

TIPO DE AFILIACIÓN: Nueva EPS. No. CARNET: _____

Dra. Paola Geliez Teloza
Médico General
CC. 1090136178
SOLICITADA POR

Betty Romero.
FIRMA ENFERMERA ~~JEFE~~

HORA: _____

MOTIVO DE TRASLADO: Infarto agudo del miocardio

TIPO DE AMBULANCIA: _____ PLACA: OES 036 CONDUCTOR: Renson Villamizar

ORDENADO POR: Dra. Paola Geliez Teloza
Médico General
CC. 1090136178
AMBULATORIO: _____ HOSPITALIZADO: _____

FIRMA USUARIO Y FLIAR

Renson Villamizar
FIRMA DEL CONDUCTOR

FIRMA DEL HOSPITAL QUE RECIBE

E.S.E HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE

ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE
ORDEN DE SERVICIOS
SOLICITUD DE AMBULANCIA

Hora Salida: _____
Hora Llegada: _____

FECHA: 23/09/26. H. CLINICA _____

NOMBRE COMPLETO DEL PTE: Xiomara ortiz Rodriguez

DOC. IDENTIFICACIÓN: 1007670491 EDAD: 24 años

SERVICIO: Urgencias. CAMA: _____

TIPO DE AFILIACIÓN: Nueva EPS - contributivo. No. CARNET: _____

Dra. Valentina Jaime M.
Médico General
R.M 1098815088
SOLICITADA POR

Juliana Lizarazo.
FIRMA ENFERMERA ~~JEFE~~

HORA: _____

MOTIVO DE TRASLADO: Tromboembolismo de miembro Superior.

TIPO DE AMBULANCIA: TAB. PLACA: OES 036. CONDUCTOR: Renson villamizar

ORDENADO POR: Dra. Valentina Jaime M.
Médico General
R.M 1098815088
AMBULATORIO: _____ HOSPITALIZADO: _____

E.S.E HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE

ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE
ORDEN DE SERVICIOS
SOLICITUD DE AMBULANCIA

Hora Salida: _____
Hora Llegada: _____

FECHA: 24-09-2026 H. CLINICA _____

NOMBRE COMPLETO DEL PTE: Judith Patricia Archila

DOC. IDENTIFICACIÓN: 1119183207 EDAD: 41 años

SERVICIO: _____ CAMA: _____

TIPO DE AFILIACIÓN: Nueva Eps Subsidiado No. CARNET: _____

Dra. Yuliana Marcela Camargo Rodriguez
Médico General
CC. 1005001651
SOLICITADA POR

Betty Romero
FIRMA ENFERMERA JEFE

HORA: _____

MOTIVO DE TRASLADO: J189 - F419

TIPO DE AMBULANCIA: TAB PLACA: OES 036 CONDUCTOR: Renson Villamizar

ORDENADO POR: Dra. Yuliana Marcela Camargo Rodriguez
Médico General
CC. 1005001651

AMBULATORIO: _____ HOSPITALIZADO: _____

FIRMA USUARIO Y FLIAR

Renson Villamizar
FIRMA DEL CONDUCTOR

FIRMA DEL HOSPITAL QUE RECIBE

E.S.E HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE

ESE HOSPITAL REGIONAL OCCIDENTE
ORDEN DE SERVICIOS
SOLICITUD DE AMBULANCIA

Hora Salida: _____
Hora Llegada: _____

FECHA: 27/09/2026 H. CLINICA _____

NOMBRE COMPLETO DEL PTE: Jorge Geiver Contreras.

DOC. IDENTIFICACIÓN: 1097303457. EDAD: _____

SERVICIO: Urgencias. CAMA: _____

TIPO DE AFILIACIÓN: Nueva EPS. No. CARNET: _____

Dra. Paola Gelvez Toloza
Médico General
SOLICITADA POR

Juliana Lizarazo
FIRMA ENFERMERA JEFE

HORA: _____

MOTIVO DE TRASLADO: K Infarto agudo del miocardio.

TIPO DE AMBULANCIA: TAB. PLACA: OES 036. CONDUCTOR: Renson villamizar

ORDENADO POR: Dra. Paola Gelvez Toloza
Médico General
CC. 1000136178

AMBULATORIO: _____ HOSPITALIZADO: _____

Renson Villamizar
FIRMA DEL CONDUCTOR

LOS COMUNEROS
Hospital Regional de Occidente

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1007189402

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	RENSON DAVID VILLAMIZAR RODRIGUEZ		
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	1007189402
Ciudad/Municipio	CACHIRA	Departamento	NORTE DE SANTANDER
Dirección	LA VEGA SAN JORGE	Teléfono	9999999
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Comercio al por mayor de
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	**4664938509**	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	septiembre / 2026	Periodo Cotización Salud	septiembre / 2026
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2026/10/02
Número Autorización	738999		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	RENSON DAVID	Apellidos	VILLAMIZAR RODRIGUEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1007189402
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	NORTE DE SANTANDER	Municipio	CACHIRA
Salario Básico	$ 1.750.905	Tipo de Salario	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.750.905
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 280.200
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 280.200**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	12,500 %	IBC	$ 1.750.905
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 218.900
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 218.900**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Clase de Riesgo	III	IBC	$ 1.750.905
Centro de Trabajo	100718940	Tarifa	2,436 %
		Total Aporte	**$ 42.700**

TOTAL PAGADO:	**$ 541.800**