| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 5 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 16/02/2018 |

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | PADILLA VIDES ANGIE VANESSA | | 421614 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 1013672799 |
| CORREO | angievpadilla13@gmail.com | CELULAR | 3177997065 |
| PROCESO: | Ambulancias y/o Secundarios | | |
| SERVICIO: | Ambulancias y/o | UNIDAD: | Chapinero |

| CENTRO DE COSTOS | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | A00 | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| BANCO | 12 | TIPO CUENTA | AHORROS |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 452900106819 | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 8747-2025 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 1473 | FECHA | 22/10/2025 | NÚMERO DE CRP: 1 | 53985 | FECHA | 01/11/2025 |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 1909 | FECHA | 23/12/2025 | NÚMERO DE CRP: 2 | 63364 | FECHA | 23/12/2025 |
| NÚMERO DE CDP: 3 | 45 | FECHA | 08/01/2026 | NÚMERO DE CRP: 3 | 2830 | FECHA | 19/01/2026 |

OBJETO: GESTOR INTERNO EN IPS

| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 01 | 01 | 2026 | | 31 | 01 | 2026 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | 0 |
| VALOR MES | 3,186,366 | VALOR LETRAS | |

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

## CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | 9,559,098 |
| VALOR EJECUTADO: | 9,559,098 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 3,186,366 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 186 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 100.00 % |

## El interventor - supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271.615, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| PLANILLA | VALOR EPS | VALOR AFP | RIES | VALOR ARL | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9497505961 | 178,000 | 227,800 | 5 | 34,700 | 28,500 | 469,000 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

PADILLA VIDES ANGIE VANESSA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | CÓDIGO: AP-CT-F-50 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 4 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | PÁGINA: **1** de **1** |
| | | FECHA: 07/11/2024 |

| ÁREA Y/O SERVICIO: **AMBULANCIAS APH - CONVENIO 8523057 DE 2025** | UNIDAD: | **USS Calle 80** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. DE CONTRATO:8747-2025** | Periodo certificado: | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO** | | **01/01/2026** | | | **31/01/2026** | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** PADILLA VIDES ANGIE VANESSA | **DOCUMENTO**;1013672799 | | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO GESTOR INTERNO EN IPS | | | | | | | |
| **TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%** | | | | | | | |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. | Todos los equipos biomédicos que ingresaron o fueron retirados de la ambulancia para dar cumplimiento con los cronogramas de mantenimiento preventivo y/o correctivo se garantizó su limpieza y desinfección. Los guardianes permanecen en soportes fijos y rotulados. Todas las o letreros informativos dentro de la ambulancia son en material no lavable |
| Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. | Se asistió a las capacitaciones de fortalecimiento institucional y de procesos realizadas por la coordinación en los cronogramas establecidos por la misma. Se adopta la implementación tecnológica asumida por la unidad funcional de APH para el registro de los traslados y/o valoraciones realizados en ambulancia. |
| 1. Prestar servicios como gestor en IPS de apoyo para la gestión administrativa, operativa y logística del programa de Atención Prehospitalaria, durante el tiempo requerido para satisfacer las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. , cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente. | Se asiste a los turnos programados los cuales son recibidos de manera presencial, supervisadas por el priofesional de enlace de turno |
| 2. Realizar la gestión de liberación de camillas de las unidades móviles adscritas al programa de atención prehospitalaria, mediante seguimiento a las moviles que lleguen al servicio de urgencias asignad y que se encuentren retenidas las unidades móviles y reportar dicha gestión mediante la plataforma inteligente de ambulancias y al profesional de enlace asignado. | se Realiza la gestión de liberación de camillas de las unidades móviles adscritas al programa de atención prehospitalariaregistro en el link de gestion de liberacion de camillas |
| 3. Apoyar la implementación y seguimiento del programa de seguridad del paciente y todos sus componentes por medio de la aplicación de listas de chequeo y realizar el consolidado de la información, tabulación, análisis y acciones de mejoramiento. | se realiza capacitacion y socializacion a la gestion mnisional con los protocolos que tiene las isntitucion |
| 4. Aplicar el procedimiento de verificación de unidades móviles TAB y TAM del programa de atención prehospitalaria URG-RYC-APH-PR-01 de manera mensual al total de unidades móviles adscritas al programa de atención prehospitalaria y realizar el consolidado de la información, tabulación, análisis y acciones de mejoramiento. | se realiza verificacion oportuna de las bases asiganadas por la secretaria de salud, en los cambios de turno |
| 5. Realizar seguimiento a la totalidad de las bases asignadas por la DUES, la permanencia y disponibilidad de las unidades móviles en estas y realizar el consolidado de la información, tabulación, análisis y acciones de mejoramiento. | se realiza seguimiento y control de las ambulancias de los tiempos operativos con centro regulador en las bases asigandas por el DUES |
| 6. Verificar la adherencia al uso de los elementos de identificación institucional y seguridad por parte de las tripulaciones (Chaqueta, camisa, pantalón, botas, carné de la Subred y de Misión Médica) y realizar el consolidado de la información, tabulación, análisis y acciones de mejoramiento. | se realiza seguimiento y control de buen porte de los elementos de identificación institucional y seguridad por parte de las tripulaciones |
| 7. Hacer acompañamiento en los tiempos donde se realiza entrega y recibo de actividades de las tripulaciones en las unidades móviles y realizar el consolidado de la información, tabulación, análisis y acciones de mejoramiento. | se realiza acompañamiento en las actividades en los diferentes bases asiganadas por el CRUE |
| 8. Reportar en tiempo real las novedades derivadas de las revisiones efectuadas, así mismo las novedades de la operación; apoyar en la resolución de las novedades presentadas durante el desarrollo de las actividades en el Programa de Atención Prehospitalaria lo anterior al líder del programa o a quien se | se reaporta por los diferentes medios de cominicaciones y en tiempo real las novedades derivadas de las revisiones efectuadas en las moveles durante el turno realizado |

| | |
|---|---|
| delegue. | |
| 9. Cumplir con la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias del programa de atención Prehospitalaria programados por la DUES, la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E,y/o las convocadas por el programa de APH Norte. | se realiza de manera diaria el inventario de herramientas del vehículo asignado, reportando cualquier novedad de faltantes a lider referente de APH,o arreglos pertinentes a los tecnologos automotriz |
| 10. Participar en la elaboración, consolidación y respuesta a observaciones de los informes técnicos mensuales presentados a la DUES en cumplimiento al convenio interadministrativo | se ejecuta la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias del programa de APH, programados por el DUES, o la subred Norte |
| 11. Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato | se realizan actividades asignadas en dicho momento. |
| se realizan actividades asignadas en dicho momento. | |
| | |

**Observaciones: TRUE, 186 HORAS CERTIFICADAS** Forma de pago: el valor mensual se liquidará de acuerdo al registro de tiempo operativo en la plataforma netux y el resultado de los indicadores de disponibilidad y/o cumplimiento de horas ofertadas que entrega el CRUE por mes vencido.

TOTAL A PAGAR **(Número y Letras): ($3.186.366,00) TRES MILLONES CIENTO OCHENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS M/CTE**

| | |
|---|---|
| PADILLA VIDES ANGIE VANESSA<br>**NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**<br>**C.C:1013672799** | Fecha: 31/01/2026<br>Firma de recibido supervisor: **Eliana Cristina Sotelo** |

Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1013672799 | | PADILLA VIDES ANGIE VANESSA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CR 110c 140 04 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-12 | 2025-12 | 2065470677 | 9497505961 | I | 2026/01/26 | 2026/01/07 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $469,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1013672799 | PADILLA ANGIE | 230201 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS008 | 30 | $1,423,500 | $178,000 | CCF24 | 30 | $1,423,500 | $28,500 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $34,700 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1013672799 | | PADILLA VIDES ANGIE VANESSA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CR 110c 140 04 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-12 | 2025-12 | 2065470677 | 9497505961 | I | 2026/01/26 | 2026/01/07 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $469,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $34,700 | $0 | $0 | $34,700 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $34,700 | $0 | $0 | $34,700 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $28,500 | $0 | $0 | $28,500 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $28,500 | $0 | $0 | $28,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $469,000 | $0 | $0 | $469,000 |