| 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: | MEDINA ROMERO JAVIER RICARDO | | 423417 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 91215778 |
| CORREO | jricardomedina@hotmail.com | CELULAR | 3017424223 |
| 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 | 1 | TIPO CUENTA | AHORROS |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 301028759 | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 8892-2025 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 1473 | FECHA | 22/10/2025 | NÚMERO DE CRP: 1 | 54129 | FECHA | 01/11/2025 |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 1912 | FECHA | 23/12/2025 | NÚMERO DE CRP: 2 | 63505 | FECHA | 23/12/2025 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: | MEDICO GENERAL- APH | | | | | | | | |
| 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 | 7,123,800 | 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: | 14,247,600 |
| VALOR EJECUTADO: | 13,290,100 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 6,166,300 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 161 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 957,500 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 93.28 % |

## El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| PLANILLA | VALOR EPS | VALOR AFP | RIES | VALOR ARL | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7998536541 | 357,300 | 457,400 | 5 | 0 | 0 | 814,700 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

SE DESCUENTA 1 HORA POR REPORTE OPERATIVO/ 24 HORAS DE LOS DIAS 24-26 NOV- FALLA MECANICA MOVIL

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:

MEDINA ROMERO JAVIER RICARDO
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:8892-2025** | Periodo certificado: | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO** | | **01/01/2026** | | | **31/01/2026** | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** MEDINA ROMERO JAVIER RICARDO | | **DOCUMENTO**;91215778 | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL- APH | | | | | | | |
| **TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 86,56%** | | | | | | | |

| 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 profesionales como médico general del programa de Atención Prehospitalaria de la sub red integrada de Salud Norte E.S.E. durante el tiempo de disponibilidad indicado en el requerimiento, cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud. Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes | Se asiste a los turnos programados los cuales son recibidos de manera presencial |
| 2. Realizar cambio de turno de manera presencial teniendo en cuenta lo estipulado en el PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA MI-GU-P-03. | Se asiste a los turnos programados los cuales son recibidos de manera presencial |
| 3. Despacho: 3.1 Recepción y confirmación de datos. 3.2 Supervisión del uso de elementos de seguridad. 3.3 Coordinar la elección de ruta de desplazamiento. 3.4 Reporte de novedades durante el desplazamiento. | Se portaron los elementos de identificación aportados por la Subred, se veló por la seguridad del paciente en todas las valoraciones y/o traslados realizados lo estipulado en las guías y protocolos |
| 4. Atención del incidente: 4.1 Arribo de la escena. 4.2 Atención del paciente. 4.3 Reporte de datos. 4.4 Monitoreo continuo durante el traslado del paciente | Fueron realizadas las valoraciones y o traslados despachados desde la central del CRUE |
| 5. Entrega del paciente: 5.1 Presentación del paciente. 5.2 Apertura de Historia Clínica. 5.3 Reporte de condición de realistamiento y disponibilidad | Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizados en cumplimiento de lo estipulado en las guías y protocolos |
| 6. Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Norte E.S.E. | Se asistió a las capacitaciones de fortalecimiento institucional y de procesos realizados 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. |
| 7. Reporte de sucesos de seguridad, Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. | Se portaron los elementos de identificación aportados por la Subred, se velo por la seguridad del paciente en todas las valoraciones y/o traslados realizados |
| 8. garantizar el diligenciamiento de la historia clínica de las valoraciones y/o traslados y la captura de los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones | Se realiza se seguimiento y control del diligenciamiento permanente con documentación completa en proforma NETUX |

| | |
|---|---|
| 9. Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE. | Dar respuesta oportuna a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE. |
| 10. Garantizar la debida utilización custodia y reposición de medicamentos controlados. | Se realiza se seguimiento y control del diligenciamiento de libros de controlados entregados en cada turno |
| 11. Otras actividades asignadas de acuerdo al objeto del contrato y a las necesidades del servicio , las cuales pueden ser desempeñadas en cualquiera de las Unidades de la Subred Norte E.S.E | se entrega Actas de asistencia custodiadas por la coordinación de la unidad funcional |
| | |
| | |

**Observaciones: TRUE, 161 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): ($6.166.300,00) SEIS MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS M/CTE**

| | |
|---|---|
| Ricardo Medina<br>MEDINA ROMERO JAVIER RICARDO<br>**NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**<br>**C.C:91215778** | 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.

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 91215778 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JAVIER RICARDO MEDINA ROMERO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CL 6A 89 47 CASA 332 TINTALA FASE 6 | TELÉFONO: | 4498047 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 03 - FONDO DISTRITAL DE SALUD1 |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **7998536541** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | diciembre | AÑO 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | diciembre | AÑO 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 5 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/01/26 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 5689743 | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 456.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.400 | $ 0 | $ 456.000 | $ 1.400 | $ 457.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 456.000** | **$ 1.400** | **$ 457.400** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 356.200 | $ 0 | $ 1.100 | $ 0 | $ 356.200 | $ 1.100 | $ 0 | $ 357.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 356.200** | **$ 1.100** | **$ 0** | **$ 357.300** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC 91215778 | MEDINA ROMERO JAVIER RICARDO | INDEPEND | | $ 2.849.520 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.849.520 | $ 456.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 456.000 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 2.849.520 | $ 356.200 | $ 0 | $ 356.200 | | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 814.700**

Planilla Pagada