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:	MAHECHA CONTRERAS MIGUEL ANGEL		429412
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	79724570
CORREO	migue.mahechacon@gmail.	CELULAR	3168673705
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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	66710632945		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8788-2025			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1473	FECHA	22/10/2025	NÚMERO DE CRP: 1	54026	FECHA	01/11/2025
NÚMERO DE CDP: 2	1909	FECHA	23/12/2025	NÚMERO DE CRP: 2	63405	FECHA	23/12/2025
NÚMERO DE CDP: 3	45	FECHA	08/01/2026	NÚMERO DE CRP: 3	2870	FECHA	19/01/2026
NÚMERO DE CDP: 4	null	FECHA	null	NÚMERO DE CRP: 4	null	FECHA	null

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA O TECNOLOGO - APH

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	02	2026		28	02	2026

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,232,000	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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	8,772,000
VALOR EJECUTADO:	8,688,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,148,000
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	179
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	84,000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.04 %

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
40276562	218,900	280,200	5	0	0	499,100
	0	0		0	0	

"4 HORAS POR ENFERMEDAD DE CONDUCTOR/ 3 HORAS REPORTE DEL CRUE-MOVIL FUERA DE SERVICIO POR AUXILIAR/
"

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	MAHECHA CONTRERAS MIGUEL ANGEL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	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. 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:8788-2025	Periodo certificado:	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO		**01/02/2026**			**28/02/2026**		
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MAHECHA CONTRERAS MIGUEL ANGEL		**DOCUMENTO**;79724570					
OBJETO DEL CONTRATO: POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA O TECNOLOGO - APH							
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 96,24%							

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 auxiliar de enfermería o tecnólogo en APH 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 Reporte de novedades durante el desplazamiento.	Fueron realizadas las valoraciones y o traslados despachados desde la central del CRUE
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.	Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizados en cumplimiento de lo estipulado en las gías y protocolos
5. Entrega de paciente: 5.1 Arribo a la Institución, presentación y entrega del paciente. 5.2 Apertura de Historia Clínica. 5.3 Reporte de condición de realistamiento y disponibilidad.	Se asiste a los turnos programados los cuales son recibidos de manera presencial
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. Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad 8.1 Reporte y registro de sucesos de seguridad	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. Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.	Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizados en cumplimiento de lo estipulado en las guías y protocolos como Reporte de condición de realistamiento
9. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el	Se asistió a las capacitaciones de fortalecimiento institucional y de

referente y/o la institución.	procesos realizados por la coordinación en los cronogramas establecidos por la misma
10. Garantizar el diligenciamiento del registro asistencial 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	Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizados en cumplimiento de lo estipulado en las guías y protocolos como Reporte de condición de realistamiento
11. 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.
12. Otras actividades asignadas de acuerdo al objeto del contrato y a las necesidades del servicio, las cuales pueden ser desempeñadas en cualquiera de las ambulancias Básicas o Medicalizadas de la Subred Norte E.S.E.	se realizan actividades asignadas en dicho momento.

Observaciones: TRUE, 179 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): ($2.148.000,00) DOS MILLONES CIENTO CUARENTA Y OCHO MIL M/CTE**

MAHECHA CONTRERAS MIGUEL ANGEL **NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:** **C.C:79724570**	Fecha: 28/02/2026 Firma de recibido supervisor: **Eliana Cristina Sotelo**

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

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:	MAHECHA CONTRERAS MIGUEL ANGEL		429412
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	79724570
CORREO	migue.mahechacon@gmail.	CELULAR	3168673705
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	4	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	66710632945		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8788-2025			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1473	FECHA	22/10/2025	NÚMERO DE CRP: 1	54026	FECHA	01/11/2025
NÚMERO DE CDP: 2	1909	FECHA	23/12/2025	NÚMERO DE CRP: 2	63405	FECHA	23/12/2025
NÚMERO DE CDP: 3	45	FECHA	08/01/2026	NÚMERO DE CRP: 3	2870	FECHA	19/01/2026
NÚMERO DE CDP: 4	null	FECHA	null	NÚMERO DE CRP: 4	null	FECHA	null

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA O TECNOLOGO - APH

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	02	2026		28	02	2026

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,232,000	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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	8,772,000
VALOR EJECUTADO:	8,688,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,148,000
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	179
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	84,000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.04 %

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
40276562	218,900	280,200	5	0	0	499,100
	0	0		0	0	

"4 HORAS POR ENFERMEDAD DE CONDUCTOR/ 3 HORAS REPORTE DEL CRUE-MOVIL FUERA DE SERVICIO POR AUXILIAR/
"

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	MAHECHA CONTRERAS MIGUEL ANGEL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	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.

11:01 72 %

Pago PSE CERRAR

miplanilla.com

Pagos PSE

Resumen de pago

Número de planilla 40276562	
Identificación del aportante	79724570
Tipo de planilla	I - Planilla de aportes trabajador independiente
Periodo de liquidación	Enero 2026
Fecha límite de pago	17/02/2026*
Valor planilla	$499,100
IP	152.201.86.114
Fecha y hora de la transacción	05/02/2026
CUS Código único de transacción	39045278
Estado de la transacción	Transacción aprobada



Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Tienda
COMPENSAR-OI

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
5 de febrero de 2026 a las 10:59 a. m.

CUS
39045278

¿Cuánto?
$ 499.100,00



Factura de comercio
40276562

Tu plata salió de:

Disponible

Listo

Imprimir

Ayuda

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **MIGUEL ANGEL MAHECHA CONTRERAS**, identificada con **CC** número **79724570**, aportó por **MIGUEL ANGEL MAHECHA CONTRERAS**, identificado(a) con **CC** número **79724570** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **40276562** para el periodo de salud **2026-01** y pensiones **2026-01** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	COTIZACIÓN Y/O APORTE	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Salud	EPS010	EPS Sura	800088702	3	0															0		30	$1.750.905	0,12500		$218.900	Enero - 2026	40276562	05/02/2026	N
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	3	0															0		30	$1.750.905	0,16000		$280.200	Enero - 2026	40276562	05/02/2026	N

PAGADA



El presente certificado se expide a los 5 días del mes Febrero de 2026

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.