

 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						434061		
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	%
	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	298	FECHA	20/02/2026	NÚMERO DE CRP: 4	13170	FECHA	28/02/2026				
NÚMERO DE CDP: 5	null	FECHA	null	NÚMERO DE CRP: 5	null	FECHA	null				

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA O TECNOLOGO - APH

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	03	2026		31	03	2026

TIPO SERVICIOS: Asistencial RESERVA DE GLOSA 2% 0

VALOR MES: 2,611,440 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:	11,299,440
VALOR EJECUTADO:	11,299,440
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,611,440
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 supervisor del contrato CERTIFICA QUE

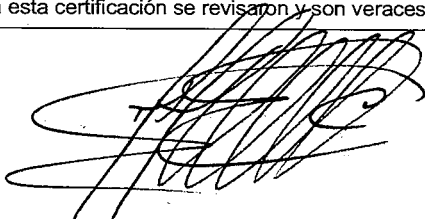
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
52490386	218,900	280,200	5	0	0	499,100
	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:


MAHECHA CONTRERAS MIGUEL ANGEL
 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.	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						434061		
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	%
	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	298	FECHA	20/02/2026	NÚMERO DE CRP: 4	13170	FECHA	28/02/2026				
NÚMERO DE CDP: 5	null	FECHA	null	NÚMERO DE CRP: 5	null	FECHA	null				

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA O TECNOLOGO - APH

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	03	2026		31	03	2026

TIPO SERVICIOS: Asistencial RESERVA DE GLOSA 2% 0

VALOR MES: 2,611,440 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:	11,299,440
VALOR EJECUTADO:	11,299,440
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,611,440
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 supervisor del contrato CERTIFICA QUE

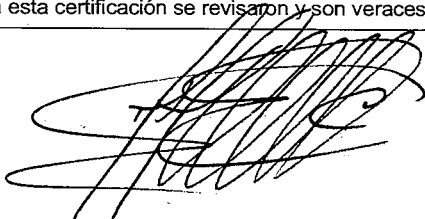
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
52490386	218,900	280,200	5	0	0	499,100
	0	0		0	0	

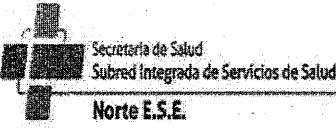
El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

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


SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


MAHECHA CONTRERAS MIGUEL ANGEL
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

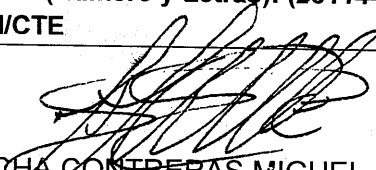
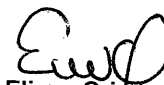
Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

	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			01/03/2026			31/03/2026		
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MAHECHA CONTRERAS MIGUEL ANGEL		DOCUMENTO: 79724570						
OBJETO DEL CONTRATO: POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA O TECNOLIGO - APH								

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 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 guías 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 referente y/o la institución.	Se asistió a las capacitaciones de fortalecimiento institucional y de procesos realizados por la coordinación en los cronogramas establecidos por la misma

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, 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): (2611440) DOS MILLONES SEISCIENTOS ONCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA M/CTE	
 MAHECHA CONTRERAS MIGUEL ANGEL NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: C.C:79724570	Fecha: 31/03/2026 Firma de recibido supervisor:  Eliana Cristina Sotelo
Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.	

[illegible]

El presente certificado se expide a los 6 días del mes Marzo de 2026
Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.