	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 4
		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: 3614-2026	Periodo certificado:	Día Mes Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO		01/04/2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: SIERRA GONZALEZ IVAN EDUARDO	DOCUMENTO: 1023901411	
OBJETO DEL CONTRATO: POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA O TECNOLOGO - APH		

TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 66,67%

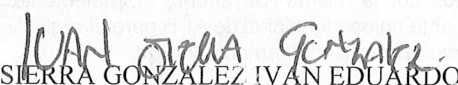
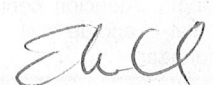
OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema Único de Habilitación, Auditoría para 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

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, 124 HORAS CERTIFICADAS DESCUENTO 24H X MOVIL FUERA SERVICIO 15 Y 21 MARZO // 2H X COMUNICACIONES FUERA SERV 23 MARZO // 24H X NO LLEGA A TURNO 27 Y 29 MARZO // 12H NO LLEGA A TURNO 08/04/2026

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): (1.740.960) UN MILLON SETECIENTOS CUARENTA MIL NOVECIENTOS SESENTA M/CTE

 SIERRA GONZALEZ IVAN EDUARDO NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: C.C:1023901411	 Fecha: 30/04/2026 Firma de recibido supervisor: Eliana Cristina Sotelo
<p>Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.</p>	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		GONZALEZ MONTAÑA MARIA EUGENIA						436122	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1023938232						
CORREO	mayu_1501@hotmail.com	CELULAR	3134181113						
PROCESO:	Ambulancias y/o Secundarios								
SERVICIO:	Ambulancias y/o								
CENTRO DE COSTOS		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
A00									
BANCO	7	TIPO CUENTA	AHORROS						
NUMERO CUENTA BANCARIA		74135773							

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		8756-2025		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1473	FECHA	22/10/2025	NÚMERO DE CRP: 1	53994	FECHA	01/11/2025
NÚMERO DE CDP: 2	1909	FECHA	23/12/2025	NÚMERO DE CRP: 2	63373	FECHA	23/12/2025
NÚMERO DE CDP: 3	45	FECHA	08/01/2026	NÚMERO DE CRP: 3	2839	FECHA	19/01/2026
NÚMERO DE CDP: 4	298	FECHA	20/02/2026	NÚMERO DE CRP: 4	13141	FECHA	28/02/2026
NÚMERO DE CDP: 5	453	FECHA	20/03/2026	NÚMERO DE CRP: 5	15390	FECHA	24/03/2026
NÚMERO DE CDP: 6	null	FECHA	null	NÚMERO DE CRP: 6	null	FECHA	null

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA O TECNOLOGO - APH

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	04	2026		30	04	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 EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	14,040,840
VALOR EJECUTADO:	13,788,120
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,358,720
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	168
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	252,720
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	98.20 %

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
1080402679	218,900	280,200	5	0	10,600	509,700
	0	0		0	0	

DESCUENTO 2H X COMUNICACIONES FUERA SERV. 29/03/2026 // 12 H X NO LLEGA A TURNO 04/04/2026 // 4 HORAS X COMUNICACIONES FUERA SERV. LOS DIAS 08 Y 12 DE ABRIL

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,

Maria Gonzalez


 SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GONZALEZ MONTAÑA MARIA EUGENIA
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA



PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-04-13, 05:10:00 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1080402679
Periodo Cotización: marzo de 2026 Periodo Servicio: marzo de 2026 Referencia pago (PIN): 8810277165

PAGADO 11/04/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA EUGENIA GONZALEZ MONTAÑA		
Documento	CC1023938232	Dirección	CR 17C #70 B - 10 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3107050811
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades													Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total								
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SIN	IGE	UMC	AVP	ACP	IRP	Días FER	Días EPS	Días ARL	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1023938232	MARIA EUGENIA GONZALEZ MONTAÑA	03	00																	0	30	30	0	30	(230301) PORVENIR	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	0,000	\$ 0	\$ 0	(CCF22) COLSUBSIDIO	\$ 1.750.905	\$ 10.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 509.700

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 0	\$ 10.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 509.700	\$ 1.200	\$ 510.900

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		GONZALEZ MONTAÑA MARIA EUGENIA						436122	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1023938232						
CORREO	mayu_1501@hotmail.com	CELULAR	3134181113						
PROCESO:	Ambulancias y/o Secundarios								
SERVICIO:	Ambulancias y/o								
CENTRO DE COSTOS		UNIDAD:	Chapinero						
	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	A00								
BANCO	7	TIPO CUENTA	AHORROS						
NUMERO CUENTA BANCARIA		74135773							

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				8756-2025				N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1473	FECHA	22/10/2025	NÚMERO DE CRP: 1	53994	FECHA	01/11/2025				
NÚMERO DE CDP: 2	1909	FECHA	23/12/2025	NÚMERO DE CRP: 2	63373	FECHA	23/12/2025				
NÚMERO DE CDP: 3	45	FECHA	08/01/2026	NÚMERO DE CRP: 3	2839	FECHA	19/01/2026				
NÚMERO DE CDP: 4	298	FECHA	20/02/2026	NÚMERO DE CRP: 4	13141	FECHA	28/02/2026				
NÚMERO DE CDP: 5	453	FECHA	20/03/2026	NÚMERO DE CRP: 5	15390	FECHA	24/03/2026				
NÚMERO DE CDP: 6	null	FECHA	null	NÚMERO DE CRP: 6	null	FECHA	null				

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA O TECNOLOGO - APH

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	04	2026		30	04	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 EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	14,040,840
VALOR EJECUTADO:	13,788,120
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,358,720
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	168
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	252,720
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	98.20 %

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
1080402679	218,900	280,200	5	0	10,600	509,700
	0	0		0	0	

DESCUENTO 2H X COMUNICACIONES FUERA SERV. 29/03/2026 // 12 H X NO LLEGA A TURNO 04/04/2026 // 4 HORAS X COMUNICACIONES FUERA SERV. LOS DIAS 08 Y 12 DE ABRIL

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:

GONZALEZ MONTAÑA MARIA EUGENIA
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023901411	IVAN EDUARDO SIERRA GONZALEZ		Calle 143 a 113 c 50	3005308962	gonzalezivan0422@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69383456	17/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$579.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	10	1.500	0	220.400	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	10	1.900	0	282.100	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	76.200				76.200	10	600	76.800			762	76.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	10	0	0	0
ICBF				
0	10	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	220.400
PenSIÓN	1	280.200	282.100
Riesgos Laborales	1	76.200	76.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	575.300	579.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023901411	IVAN EDUARDO SIERRA GONZALEZ		Calle 143 a 113 c 50	3005308962	gonzalezivan0422@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69383456	17/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$579.300	

DETALLE POR COTIZANTE																																																							
INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																									
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Subleigo	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	SAJ	ICE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN					
1	CC 1023901411	SIERRA GONZALEZ IVAN EDUARDO			57	0																		230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	4	76.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA