	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	VERSIÓN: 5
		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	AGUILAR MOLINA HASBLEIDY KATHERINE		436521									
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1023936191									
CORREO	HASKATEAGUILAR1994@GM	CELULAR	3183111563/3156843855									
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	488406502002											

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8783-2025	Nº DE PAGOS DEL CONTRATO					
NÚMERO DE CDP: 1	1473	FECHA	22/10/2025	NÚMERO DE CRP: 1	54021	FECHA	01/11/2025
NÚMERO DE CDP: 2	1909	FECHA	23/12/2025	NÚMERO DE CRP: 2	63400	FECHA	23/12/2025
NÚMERO DE CDP: 3	45	FECHA	08/01/2026	NÚMERO DE CRP: 3	2865	FECHA	19/01/2026
NÚMERO DE CDP: 4	298	FECHA	20/02/2026	NÚMERO DE CRP: 4	13165	FECHA	28/02/2026
NÚMERO DE CDP: 5	453	FECHA	20/03/2026	NÚMERO DE CRP: 5	15413	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:	13,882,320
VALOR EJECUTADO:	13,615,560
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,344,680
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	167
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	266,760
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	98.08 %

**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.

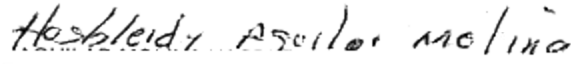
PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
4647019397	218,900	280,200	5	0	0	499,100
	0	0		0	0	

DESCUENTO 1H X LLEGA TARDE AUXILIAR 14/03/2026 // 12H X NO LLEGA A TURNO 22/03/2026 // 6H X CALAMIDAD AUXILIAR 03/04/2026.

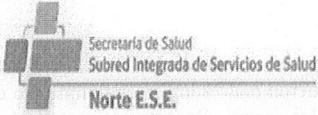
El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

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

  
**SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA**  
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

  
**AGUILAR MOLINA HASBLEIDY KATHERINE**  
 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 encareñado

	<b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	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: <b>AMBULANCIAS APH - CONVENIO 8523057 DE 2025</b>	UNIDAD:	<b>USS Calle 80</b>
<b>No. DE CONTRATO: 8783-2025</b>	Periodo certificado:	Día Mes Año Día Mes Año
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO</b>		<b>01/04/2026 30/04/2026</b>
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA: AGUILAR MOLINA HASBLEIDY KATHERINE</b>	<b>DOCUMENTO:</b>	<b>1023936191</b>
<b>OBJETO DEL CONTRATO: POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA O TECNOLOGO - APH</b>		

**TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 89%**

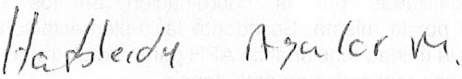
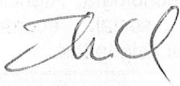
OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema Único de Habilitación, Auditoría para 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, 167 HORAS CERTIFICADAS DESCUENTO 1H X LLEGA TARDE AUXILIAR 14/03/2026 // 12H X NO LLEGA A TURNO 22/03/2026 // 6H X CALAMIDAD AUXILIAR 03/04/2026.**

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): (2.344.680) DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA M/CTE**

 <b>AGUILAR MOLINA HASBLEIDY KATHERINE</b> <b>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL</b> <b>CONTRATISTA:</b> <b>C.C:1023936191</b>	 Fecha: 30/04/2026 Firma de recibido supervisor: <b>Eliana Cristina Sotelo</b>
Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.	

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1023936191  
 NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: HASBLEIDY KATHERINE AGUILAR MOLINA  
 CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL  
 DIRECCIÓN: CRA 11 NO 27 - 55 SUR TELÉFONO: 2000000  
 TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE  
 TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de apoyo terapéutico.  
 FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO  
 APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

NÚMERO PLANILLA: **4647019397** TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES  
 PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo  
 OTROS SUBSISTEMAS: AÑO: 2026 SALUD: AÑO: 2026  
 DÍAS DE MORA: 0  
 FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2026/04/13 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 0414699636

**NOVEDADES**

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

TOTALES	
COTIZANTES	TOTAL PAGADO

**PENSIÓN**

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8002248088	230301		230301-PORVENIR	1	\$ 280.200
<b>SUBTOTAL:</b>				1	<b>\$ 280.200</b>

**SALUD**

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8600669427	EPS008		EPS008-COMPENSAR	1	\$ 218.900
<b>SUBTOTAL:</b>				1	<b>\$ 218.900</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 499.100</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 499.100</b>