| 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: | GUZMAN RINCON YESID ALBERTO | | | | | | | | | | | | 437975 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | | | | No. | | | | 80742814 | | | | |
| CORREO | yessidguzman09@gmail.com | | | | CELULAR | | | | 3505077033 | | | | |
| 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 | 8 | | | | TIPO CUENTA | | | | AHORROS | | | | |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 4392012453 | | | | | | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 8845-2025 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 1473 | FECHA | 22/10/2025 | NÚMERO DE CRP: 1 | 54082 | FECHA | 01/11/2025 |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 1909 | FECHA | 23/12/2025 | NÚMERO DE CRP: 2 | 63461 | FECHA | 23/12/2025 |
| NÚMERO DE CDP: 3 | 45 | FECHA | 08/01/2026 | NÚMERO DE CRP: 3 | 2922 | FECHA | 19/01/2026 |
| NÚMERO DE CDP: 4 | 298 | FECHA | 20/02/2026 | NÚMERO DE CRP: 4 | 13221 | FECHA | 28/02/2026 |
| NÚMERO DE CDP: 5 | 453 | FECHA | 20/03/2026 | NÚMERO DE CRP: 5 | 15477 | FECHA | 24/03/2026 |
| NÚMERO DE CDP: 6 | null | FECHA | null | NÚMERO DE CRP: 6 | null | FECHA | null |

OBJETO: CONDUCTOR DE AMBULANCIA - 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 | 3,033,040 | 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: | 15,252,820 |
| VALOR EJECUTADO: | 15,216,130 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 2,996,350 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 248 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 245 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 36,690 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 99.76 % |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1080406472 | 218,900 | 280,200 | 5 | 0 | 0 | 499,100 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

DESCUENTO 1H X LLEGADA TARDE CONDUCTOR 17 MARZO/ 2H X LLEGADA TARDE CONDUCTOR. 09 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,

Yesid Guzmán

SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GUZMAN RINCON YESID ALBERTO
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:8845-2025** | Periodo certificado: | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO** | | **01/04/2026** | | | **30/04/2026** | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** GUZMAN RINCON YESID ALBERTO | | **DOCUMENTO**;80742814 | | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA - APH | | | | | | | | |
| **TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 98,79%** | | | | | | | | |

| 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 servicio como conductor de ambulancia básica o medicalizada 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 lo 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. Realizar Atención del incidente: 3.1 Arribo de la escena. 3.2 Reporte de datos. 3.3 Desplazamiento al centro asistencial. | Fueron realizadas las valoraciones y o traslados despachados desde la central del CRUE |
| 4. 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 portaron los elementos de Identificación y/o prendas institucionales aportados por la Subred, se velo por la seguridad del paciente en todas las valoraciones y/o traslados realizados |
| 5. Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. 5,1 Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. | Seguir los lineamientos indicados por la entidad |
| 6. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. 6,1 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. |
| 7. 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. Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato. | se realizan actividades asignadas en dicho momento. |
| 8. Es compromiso del colaborador cumplir con la legislación nacional y los lineamientos de seguridad vial de la entidad, 8,1 Asumir comportamientos seguros en la vía, promoviendo la seguridad propia y la de los colabores que movilice, evitando comportamientos inseguros o riesgosos para la operación | Se da cumplimiento a las normas de tránsito y lineamientos de seguridad vial ,propuestos por la entidad. |
| 9. Es obligatorio procurar el cuidado y buena tenencia de los vehículos asignados, así como el reporte de condiciones de deterioro, falla, falta y en general aquellas que puedan alterar la seguridad de los vehículos | se realiza seguimiento y conrol de los vehículos durante sus desplazamientos.,así como el reporte de condiciones de deterioro, falla, falta y en general aquellas que puedan alterar la seguridad durante la operatividad |

| | |
|---|---|
| durante sus desplazamientos. | |
| 10. Participar activamente en los programas de seguridad vial tales como programa de capacitaciones, programa de la prevención de la distracción, programa de prevención de la fatiga, programa de gestión de la velocidad segura, programa de protección de actores viales vulnerables y programa de cero tolerancias a la conducción bajo los efectos del alcohol y sustancias psicoactivas. | Se asistió a las capacitaciones de fortalecimiento institucional,programas de seguridad vial y de procesos realizadas por la coordinación en los cronogramas establecidos por la misma. |
| 11. La entidad de manera aleatoria y como parte de sus actividades de prevención en materia vial programará pruebas de alcohol y drogas en los lugares de trabajo cuya presentación es obligatoria. El rehúso a la presentación de la misma será tenida como incumplimiento contractual y será comunicado al jefe inmediato, supervisor de contrato y dirección de contratación para que se adelante el debido proceso en cada caso. | Se asistió a las capacitaciones de fortalecimiento institucional, de actividades de prevención en materia vial programará pruebas de alcohol y drogas en los lugares de trabajo cuya presentación es obligatoria |
| 12. Las inspecciones de vehículos asignados a su cargo deben ser registradas en la página, formato y/o herramienta indicada para tal fin de manera diaria y previamente al inicio de labores | se siguen los lineamientos indicados por la entidad , como lider referente del programa de APH, ser realiza registro en la página, formato y/o herramienta indicada para tal fin de manera diaria y previamente al inicio de labores |
| 13. El reporte de siniestros viales en desplazamientos laborales es de carácter obligatorio. | se realiza retroalimentacion diaria sobre, el reporte de siniestros viales en desplazamientos laborales durante el tiempo operativo de las moviles |

**Observaciones: TRUE, 245 HORAS CERTIFICADAS DESCUENTO 1H X LLEGADA TARDE CONDUCTOR 17 MARZO/ 2H X LLEGADA TARDE CONDUCTOR. 09 ABRIL**

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): (2.996.350) DOS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA M/CTE**

Yesid Guzman

GUZMAN RINCON YESID ALBERTO
**NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**C.C:80742814**

Fecha: 30/04/2026
Firma de recibido supervisor: **Eliana Cristina Sotelo**

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

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-04-13, 03:18:42 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1080406472

Periodo Cotización: marzo de 2026 Periodo Servicio: marzo de 2026

## PAGADA 13/04/2026

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | YESID ALBERTO GUZMAN RINCON | | |
| Documento | CC80742814 | Dirección | CL 2 SUR #7 - 78 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3508166949 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma | ÚNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | NINGUNA ARP |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días | 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 80742814 | YESID ALBERTO GUZMAN RINCON | 3 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 0 | (231001) COLFONDOS | $1,750,905 | $280,200 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $1,750,905 | $218,900 | 0.000 | $0 | $0 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $499,100 |

### 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 | $0 | $280,200 | $218,900 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $499,100 | $2,100 | $501,200 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.