

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-08
		VERSIÓN: 8
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 28/07/2020

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: IVONNE ANDREA ALBADAN QUICENO			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1012353688
CELULAR: 3214794284	CORREO ELECTRÓNICO: andreaalbadan85@gmail.com	SEDE: HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80	CENTRO DE COSTOS: ENGV02 - U C S CONVENIO APH - TRASLADO PRIMARIO
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 8480349185	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8759-2025	N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 0.85																																																
<table border="1"> <tr><td>CDP 1</td><td>1473</td><td>FECHA</td><td>22/10/2025</td></tr> <tr><td>CDP 2</td><td>1909</td><td>FECHA</td><td>23/12/2025</td></tr> <tr><td>CDP 3</td><td>45</td><td>FECHA</td><td>07/01/2026</td></tr> <tr><td>CDP 4</td><td>298</td><td>FECHA</td><td>20/02/2026</td></tr> <tr><td>CDP 5</td><td>453</td><td>FECHA</td><td>20/03/2026</td></tr> <tr><td>CDP 6</td><td>550</td><td>FECHA</td><td>20/04/2026</td></tr> </table>	CDP 1	1473	FECHA	22/10/2025	CDP 2	1909	FECHA	23/12/2025	CDP 3	45	FECHA	07/01/2026	CDP 4	298	FECHA	20/02/2026	CDP 5	453	FECHA	20/03/2026	CDP 6	550	FECHA	20/04/2026	<table border="1"> <tr><td>CRP 1</td><td>53997</td><td>FECHA</td><td>01/11/2025</td></tr> <tr><td>CRP 2</td><td>63376</td><td>FECHA</td><td>23/12/2025</td></tr> <tr><td>CRP 3</td><td>2842</td><td>FECHA</td><td>19/01/2026</td></tr> <tr><td>CRP 4</td><td>13144</td><td>FECHA</td><td>28/02/2026</td></tr> <tr><td>CRP 5</td><td>15393</td><td>FECHA</td><td>24/03/2026</td></tr> <tr><td>CRP 6</td><td>16674</td><td>FECHA</td><td>29/04/2026</td></tr> </table>	CRP 1	53997	FECHA	01/11/2025	CRP 2	63376	FECHA	23/12/2025	CRP 3	2842	FECHA	19/01/2026	CRP 4	13144	FECHA	28/02/2026	CRP 5	15393	FECHA	24/03/2026	CRP 6	16674	FECHA	29/04/2026
CDP 1	1473	FECHA	22/10/2025																																														
CDP 2	1909	FECHA	23/12/2025																																														
CDP 3	45	FECHA	07/01/2026																																														
CDP 4	298	FECHA	20/02/2026																																														
CDP 5	453	FECHA	20/03/2026																																														
CDP 6	550	FECHA	20/04/2026																																														
CRP 1	53997	FECHA	01/11/2025																																														
CRP 2	63376	FECHA	23/12/2025																																														
CRP 3	2842	FECHA	19/01/2026																																														
CRP 4	13144	FECHA	28/02/2026																																														
CRP 5	15393	FECHA	24/03/2026																																														
CRP 6	16674	FECHA	29/04/2026																																														

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA O TECNOLOGO - APH dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución.

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
	01	05	2026	31	05	2026
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 2.611.440	TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL	VALOR HORA / DÍA: \$ 14.040				

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)
 AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: SE AJUSTA A 168 HORAS POR DESCUENTO 1H X COMUNICACIONES 17 ABRIL/ 2H X COMUNICACIONES 21 ABRIL/ 3H X COMUNICACIONES 25 ABRIL/ 2H X LLEGA TARDE CONDUCTOR Y X COMUNICACIONES 27 ABRIL/ 12H NO REALIZA ACTIVIDADES X CALAMIDAD 1 MAYO/ SE CRUZA 2H SALIDA TARDE 24/04/2026 • VALIDADO Y APROBADO 168 HORAS "DESCUENTO 1H X COMUNICACIONES 17 ABRIL/ 2H X COMUNICACIONES 21 ABRIL/ 3H X COMUNICACIONES 25 ABRIL/ 2H X LLEGA TARDE CONDUCTOR Y X COMUNICACIONES 27 ABRIL/ 12H NO REALIZA ACTIVIDADES X CALAMIDAD 1 MAYO/ SE CRUZA 2H SALIDA TARDE 24/04/2026



CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 18.269.040
VALOR EJECUTADO	\$ 13.046.160
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.358.720
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	168
SALDO POR EJECUTAR	\$ 5.222.880
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	71.4 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.

IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido	APORTE SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	Número de Planilla Mes Vencido
\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 280.200	V	\$ 0	\$ 499.100	37008843

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO CC: 1030565725	 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA IVONNE ANDREA ALBADAN QUICENO CC: 1012353688
--	--

	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 CONTRACTUAL						PÁGINA: 1 DE 1			
							FECHA: 07/11/2024			
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				UNIDAD: HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80						
No. DE CONTRATO: 8759-2025				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO					01	05	2026	31	05	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: IVONNE ANDREA ALBADAN QUICENO				DOCUMENTO: 1012353688						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA O TECNOLOGO - APH dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución.										
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 71.4 %										

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 re alistamiento 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 esta 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 veló 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 re alistamiento
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 entidad
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	Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizados en cumplimiento de lo estipulado en las guías y protocolos como Reporte de condición de re alistamiento en la ambulancias establecidas en el programa.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones	
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:

168 HORAS CERTIFICADAS

AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: SE AJUSTA A 168 HORAS POR DESCUENTO 1H X COMUNICACIONES 17 ABRIL/ 2H X COMUNICACIONES 21 ABRIL/ 3H X COMUNICACIONES 25 ABRIL/ 2H X LLEGA TARDE CONDUCTOR Y X COMUNICACIONES 27 ABRIL/ 12H NO REALIZA ACTIVIDADES X CALAMIDAD 1 MAYO/ SE CRUZA 2H SALIDA TARDE 24/04/2026

TOTAL A PAGAR:

\$ 2.358.720 – DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA IVONNE ANDREA ALBADAN QUICENO CC: 1012353688</p>	<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO CC: 1030565725</p>
--	--

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

RAZÓN SOCIAL :	IVONNE ANDREA ALBADAN QUICENO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1012353688
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-05-13
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-05-25
FECHA DE PAGO:	2026-05-13
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2026-04
PERÍODO SALUD:	2026-04
NÚMERO PLANILLA:	37008843
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37008843
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EFS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
230201	800229739	PROTECCION	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 280.200
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 35.100	\$ 35.100
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 534.200	\$ 534.200

PAGGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:

23/06/2026