

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: EDWIN ANDRES MORALES JIMENEZ			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1014198422
CELULAR: 3124378208	CORREO ELECTRÓNICO: curso0228@hotmail.es	SEDE: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	CENTRO DE COSTOS: ENGV02 - U C S CONVENIO APH - TRASLADO PRIMARIO
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 67400021888	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 3751-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 1.67			
CDP 1	298	FECHA	20/02/2026	CRP 1	15009	FECHA	12/03/2026
CDP 2	762	FECHA	28/05/2026	CRP 2	21995	FECHA	28/05/2026
CDP 3	—	FECHA	—	CRP 3	—	FECHA	—
CDP 4	—	FECHA	—	CRP 4	—	FECHA	—
CDP 5	—	FECHA	—	CRP 5	—	FECHA	—
CDP 6	—	FECHA	—	CRP 6	—	FECHA	—

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicio de apoyo a la gestión como CONDUCTOR DE AMBULANCIA 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: \$ 3.033.040	TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 12.230		

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)
 AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: DESCUENTO 1H CRUE REPORTA FUERA DE SERVICIO 04:34:22 POR COMUNICACIONES 25 ABRIL/ 1H OPERATIVOS DESDE LAS 08:38:49 30 ABRIL/ 2H LLEGADA TARDE DEL AUXILIAR / FUERA DE SERVICIO 05:48:34 POR COMUNICACIONES 01 MAYO/ • VALIDADO Y APROBADO 244 HORAS DESCUENTO 1H CRUE REPORTA FUERA DE SERVICIO 04:34:22 POR COMUNICACIONES 25 ABRIL/ 1H OPERATIVOS DESDE LAS 08:38:49 30 ABRIL/ 2H LLEGADA TARDE DEL AUXILIAR / FUERA DE SERVICIO 05:48:34 POR COMUNICACIONES 01 MAYO/



CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO


CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 10.542.260
VALOR EJECUTADO	\$ 4.476.180
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.984.120
TOTAL HORAS CONTRATADAS	248
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	244
SALDO POR EJECUTAR	\$ 6.066.080
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	42.5 %

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	77515429

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 EDWIN ANDRES MORALES JIMENEZ CC: 1014198422
---	--

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					CÓDIGO: AP-CTF-50		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL					VERSIÓN: 4		
					PÁGINA: 1 DE 1			
					FECHA: 07/11/2024			
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				UNIDAD: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR				
No. DE CONTRATO: 3751-2026				PERIODO CERTIFICADO		Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO				01		05	2026	31
NOMBRE DEL CONTRATISTA: EDWIN ANDRES MORALES JIMENEZ				DOCUMENTO: 1014198422				
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicio de apoyo a la gestión como CONDUCTOR DE AMBULANCIA 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 (%): 42.5 %								
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 veló 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, con soportes y diligenciamiento de formatos institucionales				
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				Se da cumplimiento a las normas de tránsito y lineamientos de seguridad vial ,propuestos por la entidad.				

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
movilice, evitando comportamientos inseguros o riesgosos para la operación	
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 durante sus desplazamientos.	se realiza seguimiento y control 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
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 rechazo 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 líder referente del programa de APH, se 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 retroalimentación diaria sobre, el reporte de siniestros viales en desplazamientos laborales durante el tiempo operativo de las móviles

OBSERVACIONES:

244 HORAS CERTIFICADAS

AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: DESCUENTO 1H CRUE REPORTA FUERA DE SERVICIO 04:34:22 POR COMUNICACIONES 25 ABRIL/ 1H OPERATIVOS DESDE LAS 08:38:49 30 ABRIL/ 2H LLEGADA TARDE DEL AUXILIAR/ FUERA DE SERVICIO 05:48:34 POR COMUNICACIONES 01 MAYO/

TOTAL A PAGAR:

§ 2.984.120 – DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CIENTO VEINTE PESOS M/CTE

<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA EDWIN ANDRES MORALES JIMENEZ CC: 1014198422</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.

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1014198422	EDWIN ANDRES MORALES JIMENEZ	KRA 87 b # 87- 42	3124378208	curso0228@hotmail.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77515429	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$500.300	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	0		0		0	3	500	0	219.400	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	3	700	0	280.900	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										

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	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	219.400
Pensión	1	280.200	280.900
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	499.100	500.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014198422	EDWIN ANDRES MORALES JIMENEZ		KRA 87 b # 87- 42	3124378208	curso0228@hotmail.es
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
		77515429	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$500.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																									
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Exonemado	ING	RET	TDE	TPE	TDP	SP	SP	SEN	IGE	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 1014198422	MORALES JIMENEZ EDWIN ANDRES		3	0			N																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	218.900		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA