



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CÓDIGO: AP-CTF-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: MARIA BELINDA ASCENCIO YARA

TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1024608577
CELULAR: 3226785580	CORREO ELECTRÓNICO: belinda0986@gmail.com	SEDE: HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80	CENTRO DE COSTOS: ENG02 - U C S CONVENIO APH - TRASLADO PRIMARIO
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO BOGOTA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 9551847	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8903-2025	N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 0.94																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>CDP 1</td><td>1473</td><td>FECHA</td><td>22/10/2025</td></tr> <tr><td>CDP 2</td><td>1912</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	1912	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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>CRP 1</td><td>54140</td><td>FECHA</td><td>01/11/2025</td></tr> <tr><td>CRP 2</td><td>63516</td><td>FECHA</td><td>23/12/2025</td></tr> <tr><td>CRP 3</td><td>2972</td><td>FECHA</td><td>19/01/2026</td></tr> <tr><td>CRP 4</td><td>13270</td><td>FECHA</td><td>28/02/2026</td></tr> <tr><td>CRP 5</td><td>15526</td><td>FECHA</td><td>24/03/2026</td></tr> <tr><td>CRP 6</td><td>16556</td><td>FECHA</td><td>29/04/2026</td></tr> </table>	CRP 1	54140	FECHA	01/11/2025	CRP 2	63516	FECHA	23/12/2025	CRP 3	2972	FECHA	19/01/2026	CRP 4	13270	FECHA	28/02/2026	CRP 5	15526	FECHA	24/03/2026	CRP 6	16556	FECHA	29/04/2026	
CDP 1	1473	FECHA	22/10/2025																																															
CDP 2	1912	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	54140	FECHA	01/11/2025																																															
CRP 2	63516	FECHA	23/12/2025																																															
CRP 3	2972	FECHA	19/01/2026																																															
CRP 4	13270	FECHA	28/02/2026																																															
CRP 5	15526	FECHA	24/03/2026																																															
CRP 6	16556	FECHA	29/04/2026																																															

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como MEDICO GENERAL- 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: \$ 7.607.958	TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL	VALOR HORA / DÍA: \$ 40.903
--	--	---------------------------------------

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)

AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: DESCUENTO 1H LLEGADA TARDE MEDICO 19 ABRIL/ 3H X CALAMIDAD DEL AUXILIAR 03 MAYO/ 12H MOVIL EN MANTENIMIENTO 05 MAYO/ SE CRUZA 1H SALIDA TARDE 15/04/2026 • VALIDADO Y APROBADO 171 HORAS DESCUENTO 1H LLEGADA TARDE MEDICO 19 ABRIL/ 3H X CALAMIDAD DEL AUXILIAR 03 MAYO/ 12H MOVIL EN MANTENIMIENTO 05 MAYO/ SE CRUZA 1H SALIDA TARDE 15/04/2026

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 57.767.620
VALOR EJECUTADO	\$ 42.551.704
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 6.994.413
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	171
SALDO POR EJECUTAR	\$ 15.215.916
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	73.7 %

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
\$ 2.994.100	\$ 374.300	\$ 479.100	V	\$ 0	\$ 853.400	83309300

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
MARIA BELINDA ASCENCIO YARA
CC: 1024608577

	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 CONTRACTUAL	VERSIÓN: 4
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS		PÁGINA: 1 DE 1
No. DE CONTRATO: 8903-2025		FECHA: 07/11/2024
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO	PERIODO CERTIFICADO	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARIA BELINDA ASCENCIO YARA	DOCUMENTO: 1024608577	
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como MEDICO GENERAL- 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 (%): 73.7 %		

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 profesionales como médico general 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 Coordinar la elección de ruta de desplazamiento. 3.4 Reporte de novedades durante el desplazamiento.	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 lo estipulado en las guías y protocolos
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	Fueron realizadas las valoraciones y o traslados despachados desde la central del CRUE
5. Entrega del paciente: 5.1 Presentación del paciente. 5.2 Apertura de Historia Clínica. 5.3 Reporte de condición de re alistamiento y disponibilidad	Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizados en cumplimiento de lo estipulado en las guías y protocolos
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. Reporte de sucesos de seguridad, Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.	Se portaron los elementos de identificación aportados por la Subred, se veló por la seguridad del paciente en todas las valoraciones y/o traslado realizados
8. garantizar el diligenciamiento de la historia clínica 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	Se realiza seguimiento y control del diligenciamiento permanente con documentación completa en proforma NETUX
9. 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.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
10. Garantizar la debida utilización custodia y reposición de medicamentos controlados.	Se realiza se seguimiento y control del diligenciamiento de libros de controlados entregados en cada turno
11. Otras actividades asignadas de acuerdo al objeto del contrato y a las necesidades del servicio , las cuales pueden ser desempeñadas en cualquiera de las Unidades de la Subred Norte E.S.E	se entrega Actas de asistencia custodiadas por la coordinación de la unidad funcional

OBSERVACIONES:

171 HORAS CERTIFICADAS
 AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: DESCUENTO 1H LLEGADA TARDE MEDICO 19 ABRIL/ 3H X CALAMIDAD DEL AUXILIAR 03 MAYO/ 12H MOVIL EN MANTENIMIENTO 05 MAYO/ SE CRUZA 1H SALIDA TARDE 15/04/2026

TOTAL A PAGAR:

\$ 6.994.413 – SEIS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS TRECE PESOS M/CTE

<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>_____ NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA MARIA BELINDA ASCENCIO YARA CC: 1024608577</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						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024608577	MARIA BELINDA ASCENCIO YARA	calle 25 68 b 47	5755143	belinda0986@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - 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
		83309300	14/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$884.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	374.300	0		0		0	0	0	0	374.300	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
													25-14

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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	31.300				31.300	0	0	31.300			313	31.300	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	374.300	374.300
Pensión	1	479.100	479.100
Riesgos Laborales	1	31.300	31.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	884.700	884.700

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024608577	MARIA BELINDA ASCENCIO YARA		calle 25 68 b 47	5755143	belinda0986@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83309300	14/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$884.700	

DETALLE POR COTIZANTE																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Dominante	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según	Según		
1	CC 1024608577	ASCENCIO YARA MARIA BELINDA	59	0																																

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

PAGADA