

	<b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	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: VELASQUEZ RUA JUAN ESTEBAN**

<b>TIPO DE DOCUMENTO:</b>	<b>C.C X C.E</b>	<b>NO.</b>	<b>1016045370</b>
<b>CELULAR:</b> 3043381491	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b> estebanvrua@gmail.com	<b>SEDE:</b> HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	<b>CENTRO DE COSTOS:</b> ENGVO2 - U C S CONVENIO APH - TRASLADO PRIMARIO
<b>PROCESO:</b> DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS		<b>SERVICIO:</b> ASISTENCIAL	
<b>ENTIDAD FINANCIERA:</b> BANCO AV VILLAS	<b>TIPO DE CUENTA:</b> AHORROS	<b>NUMERO DE CUENTA BANCARIA:</b> 30996156	
<b>PENSIONADO:</b>	<b>SI No X</b>		

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

<b>NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:</b> 8791-2025	<b>N° DE PAGOS DEL CONTRATO:</b> 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>54029</td><td>FECHA</td><td>01/11/2025</td></tr> <tr><td>CRP 2</td><td>63408</td><td>FECHA</td><td>23/12/2025</td></tr> <tr><td>CRP 3</td><td>2873</td><td>FECHA</td><td>19/01/2026</td></tr> <tr><td>CRP 4</td><td>13173</td><td>FECHA</td><td>28/02/2026</td></tr> <tr><td>CRP 5</td><td>15421</td><td>FECHA</td><td>24/03/2026</td></tr> <tr><td>CRP 6</td><td>16646</td><td>FECHA</td><td>29/04/2026</td></tr> </table>	CRP 1	54029	FECHA	01/11/2025	CRP 2	63408	FECHA	23/12/2025	CRP 3	2873	FECHA	19/01/2026	CRP 4	13173	FECHA	28/02/2026	CRP 5	15421	FECHA	24/03/2026	CRP 6	16646	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	54029	FECHA	01/11/2025																																														
CRP 2	63408	FECHA	23/12/2025																																														
CRP 3	2873	FECHA	19/01/2026																																														
CRP 4	13173	FECHA	28/02/2026																																														
CRP 5	15421	FECHA	24/03/2026																																														
CRP 6	16646	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.

<b>PERIODO CERTIFICADO:</b>	<b>DESDE</b>	<b>HASTA</b>
	DÍA    MES    AÑO	DÍA    MES    AÑO
	01    05    2026	31    05    2026

<b>VALOR HONORARIOS MENSUALES:</b> \$ 2.611.440	<b>TIPO DE SERVICIOS:</b> ASISTENCIAL	<b>VALOR HORA / DÍA:</b> \$ 14.040
--	--	---------------------------------------

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

**AJUSTE DE LIQUIDACIÓN:** DESCUENTO 3H X REPORTE CRUE OPERATIVIDAD LOS DIAS 22-26-30ABRIL/ 1H X LLEGADA TARDE AUXILIAR 08 MAYO • VALIDADO Y APROBADO 182 HORAS DESCUENTO 3H X REPORTE CRUE OPERATIVIDAD LOS DIAS 22-26-30ABRIL/ 1H X LLEGADA TARDE AUXILIAR 08 MAYO

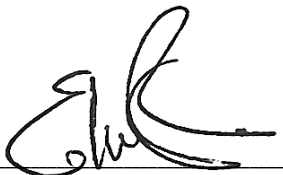
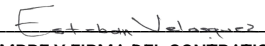
### CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:</b>	<b>\$ 19.217.760</b>
<b>VALOR EJECUTADO</b>	<b>\$ 13.994.880</b>
<b>VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA</b>	<b>\$ 2.555.280</b>
<b>TOTAL HORAS CONTRATADAS</b>	<b>186</b>
<b>TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES</b>	<b>182</b>
<b>SALDO POR EJECUTAR</b>	<b>\$ 5.222.880</b>
<b>VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)</b>	<b>\$ 0</b>
<b>PORCENTAJE DE EJECUCIÓN</b>	<b>72.8 %</b>

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	1081122677

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

 <b>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR</b> ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO CC: 1030565725	 <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b> VELASQUEZ RUA JUAN ESTEBAN CC: 1016045370
---	--

	<b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	CÓDIGO: AP-CTF-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 SIMÓN BOLÍVAR													
No. DE CONTRATO: 8791-2025	PERIODO CERTIFICADO	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>05</td> <td>2026</td> <td>31</td> <td>05</td> <td>2026</td> </tr> </tbody> </table>	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	01	05	2026	31	05	2026
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año									
01	05	2026	31	05	2026									
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO	DOCUMENTO: 1016045370													
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 (%): 72.8 %														

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.

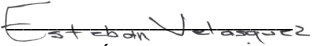

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones	
11. Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud 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:**

182 HORAS CERTIFICADAS  
 AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: DESCUENTO 3H X REPORTE CRUE OPERATIVIDAD LOS DIAS 22-26-30ABRIL/ 1H X LLEGADA TARDE AUXILIAR 08 MAYO

**TOTAL A PAGAR:**

**\$ 2.555.280 – DOS MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE**

<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p><b>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>          VELASQUEZ RUA JUAN ESTEBAN          CC: 1016045370</p>	<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p><b>FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR</b>          ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO          CC: 1030565725</p>
--	--

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



# PAGOSIMPLE

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-11, 04:13:17 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1081122677

Periodo Cotización: abril de 2026

Periodo Servicio: abril de 2026

Referencia pago (PIN): 8822982593

## PAGADO 08/05/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN ESTEBAN VELASQUEZ RUA		
Documento	CC1016045370	Dirección	CLL 15B N 16 70 BQ 12 CASA 5
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3043381491
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total										
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SN	IGL	UM	VAC	AVP	ACT	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANP	Dias 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 1016045370	JUAN ESTEBAN VELASQUEZ RUA	03	00																		0	30	30	0	(231001) COLFONDOS	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	\$ 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	\$ 0	\$ 499.100