

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CTF-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: PACHECO PEDRAZA JUAN DIEGO

TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1013683625
CELULAR: 3223947521	CORREO ELECTRÓNICO: juandiegopp@hotmail.com	SEDE: HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80	CENTRO DE COSTOS: ENGVO3 - U C S ATENCION DOMICILIARIA USS ENGATIVÁ
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 488430085925	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8790-2025	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>54028</td><td>FECHA</td><td>01/11/2025</td></tr> <tr><td>CRP 2</td><td>63407</td><td>FECHA</td><td>23/12/2025</td></tr> <tr><td>CRP 3</td><td>2872</td><td>FECHA</td><td>19/01/2026</td></tr> <tr><td>CRP 4</td><td>13172</td><td>FECHA</td><td>28/02/2026</td></tr> <tr><td>CRP 5</td><td>15420</td><td>FECHA</td><td>24/03/2026</td></tr> <tr><td>CRP 6</td><td>16647</td><td>FECHA</td><td>29/04/2026</td></tr> </table>	CRP 1	54028	FECHA	01/11/2025	CRP 2	63407	FECHA	23/12/2025	CRP 3	2872	FECHA	19/01/2026	CRP 4	13172	FECHA	28/02/2026	CRP 5	15420	FECHA	24/03/2026	CRP 6	16647	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	54028	FECHA	01/11/2025																																														
CRP 2	63407	FECHA	23/12/2025																																														
CRP 3	2872	FECHA	19/01/2026																																														
CRP 4	13172	FECHA	28/02/2026																																														
CRP 5	15420	FECHA	24/03/2026																																														
CRP 6	16647	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: DESCUENTO 2H X COMUNICACIONES 17 Y 27 ABRIL/ 12H NO REALIZA ACTIVIDADES NO LLEGA 23 ABRIL/ 48H MOVIL CON FALLA MECANICA LAS FECHAS 05-07-09-11 MAYO/ • Se rechaza la cuenta de cobro debido a que cargó actividades correspondientes al cargo de Tecnólogo Biomédico.

Por favor, cargar las actividades correspondientes al cargo de auxiliar de enfermería. • VALIDADO Y APROBADO 124 HORAS DESCUENTO 2H X COMUNICACIONES 17 Y 27 ABRIL/ 12H NO REALIZA ACTIVIDADES NO LLEGA 23 ABRIL/ 48H MOVIL CON FALLA MECANICA LAS FECHAS 05-07-09-11 MAYO/


CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 18.730.200
VALOR EJECUTADO	\$ 13.507.320
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 1.740.960
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	124
SALDO POR EJECUTAR	\$ 5.222.880
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	72.1 %

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	77505856

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
PACHECO PEDRAZA JUAN DIEGO
CC: 1013683625

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	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 ENGATIVÁ CALLE 80													
No. DE CONTRATO: 8790-2025	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: 1013683625													
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 (%): 72.1 %														

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.

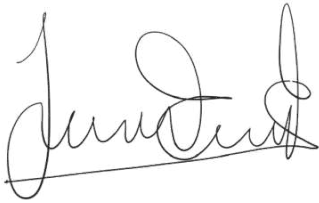

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones	
11. Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud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

124 HORAS CERTIFICADAS
 AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: DESCUENTO 2H X COMUNICACIONES 17 Y 27 ABRIL/ 12H NO REALIZA ACTIVIDADES NO LLEGA 23 ABRIL/
 48H MOVIL CON FALLA MECANICA LAS FECHAS 05-07-09-11 MAYO/

TOTAL A PAGAR:

\$ 1.740.960 – UN MILLÓN SETECIENTOS CUARENTA MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE

<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>_____</p> <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA PACHECO PEDRAZA JUAN DIEGO CC: 1013683625</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	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013683625	JUAN DIEGO PACHECO PEDRAZA		Kra 10 52 23 sur	7609274	juandiegopp@hotmail.com
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
		77505856	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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO		CORREO
CC	1013683625	JUAN DIEGO PACHECO PEDRAZA		Kra 10 52 23 sur	7609274		juandiegopp@hotmail.com
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
		77505856	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	Calom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	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 1013683625	PACHECO PEDRAZA JUAN DIEGO		3	0			N																25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	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	0	0

PAGADA