

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

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                        |                                                   |                                           |                                                                         |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: OSCAR ARLEY PENAGOS USECHE |                                                   |                                           |                                                                         |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                 | C.C X C.E                                         | NO.                                       | 80248271                                                                |
| CELULAR:<br>3223868022                             | CORREO ELECTRÓNICO:<br>oscarspanesi23@hotmail.com | SEDE:<br>HOSPITAL<br>ENGATIVÁ CALLE<br>80 | CENTRO DE COSTOS:<br>ENGV02 - U C S CONVENIO APH -<br>TRASLADO PRIMARIO |
| PROCESO:<br>DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS    |                                                   | SERVICIO:<br>ASISTENCIAL                  |                                                                         |
| ENTIDAD FINANCIERA:<br>BANCOLOMBIA                 | TIPO DE CUENTA:<br>AHORROS                        | NUMERO DE CUENTA BANCARIA:<br>4564872496  |                                                                         |
| PENSIONADO:                                        | SI No X                                           |                                           |                                                                         |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |      |       |            |                                   |       |       |            |
|------------------------------------------------------------------|------|-------|------------|-----------------------------------|-------|-------|------------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:<br>8793-2025                      |      |       |            | N° DE PAGOS DEL CONTRATO:<br>0.85 |       |       |            |
| CDP 1                                                            | 1473 | FECHA | 22/10/2025 | CRP 1                             | 54031 | FECHA | 01/11/2025 |
| CDP 2                                                            | 1909 | FECHA | 23/12/2025 | CRP 2                             | 63410 | FECHA | 23/12/2025 |
| CDP 3                                                            | 45   | FECHA | 07/01/2026 | CRP 3                             | 2875  | FECHA | 19/01/2026 |
| CDP 4                                                            | 298  | FECHA | 20/02/2026 | CRP 4                             | 13175 | FECHA | 28/02/2026 |
| CDP 5                                                            | 453  | FECHA | 20/03/2026 | CRP 5                             | 15423 | FECHA | 24/03/2026 |
| CDP 6                                                            | 550  | FECHA | 20/04/2026 | CRP 6                             | 16644 | FECHA | 29/04/2026 |

|                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                   |       |     |                                |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|-------|-----|--------------------------------|-------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA O TECNOLGO - 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    | 06  | 2026                           | 30 06 2026  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:<br>\$ 2.611.440                                                                                                                                                                                                      |  | TIPO DE SERVICIOS:<br>ASISTENCIAL |       |     | VALOR HORA / DÍA:<br>\$ 14.040 |             |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)                                                                                                                                                                 |  |                                   |       |     |                                |             |
| AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: SE AJUSTA LIQUIDACION A 185 HORAS DESCUENTO 1H 04:46:41 57 COMUNICACIONES INDICA CRUE 28 MAYO/ • SE AJUSTA LIQUIDACION A 185 HORAS DESCUENTO 1H 04:46:41 57 COMUNICACIONES INDICA CRUE 28 MAYO/                           |  |                                   |       |     |                                |             |

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO               |               |
|-------------------------------------------------|---------------|
| CONCEPTO                                        | VALORES       |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:         | \$ 18.064.920 |
| VALOR EJECUTADO                                 | \$ 15.214.800 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                    | \$ 2.597.400  |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS                         | 186           |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES              | 185           |
| SALDO POR EJECUTAR                              | \$ 2.850.120  |
| VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación) | \$ 0          |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                         | 84.2 %        |

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    | 1081988567                     |

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Junio del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

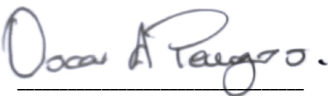
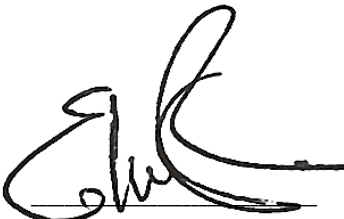
|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR<br>ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO<br>CC: 1030565725 | <br>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA<br>OSCAR ARLEY PENAGOS USECHE<br>CC: 80248271 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                         |  |  |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                    |     |     |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------|-----|-----|------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 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: 8793-2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                         |  |  | PERIODO CERTIFICADO                | Día                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Mes | Año                | Día | Mes | Año  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                         |  |  |                                    | 01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 06  | 2026               | 30  | 06  | 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: OSCAR ARLEY PENAGOS USECHE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                         |  |  | DOCUMENTO: 80248271                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                    |     |     |      |
| 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 (%): 84.2 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                         |  |  |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                    |     |     |      |
| 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:                                                                                                                                  |
| 185 HORAS CERTIFICADAS<br>AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: SE AJUSTA LIQUIDACION A 185 HORAS DESCUENTO 1H 04:46:41 57 COMUNICACIONES INDICA CRUE 28 MAYO/ |

|                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TOTAL A PAGAR:<br>\$ 2.597.400 – DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div> <div>Fecha: 30/06/2026</div> <div>  </div> <div> NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA<br/> OSCAR ARLEY PENAGOS USECHE<br/> CC: 80248271 </div> </div> | <div> <div>Fecha: 30/06/2026</div> <div>  </div> <div> FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR<br/> ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO<br/> CC: 1030565725 </div> </div> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div> <div>Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.</div> </div> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

PAGADO 10/06/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                            |                    |                       |
|---------------------|----------------------------|--------------------|-----------------------|
| Razón Social        | OSCAR ARLEY PENAGOS USECHE |                    |                       |
| Documento           | CC80248271                 | Dirección          | CR 34A #72 B - 25 SUR |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE              | Teléfono           | 3223868022            |
| Tipo Persona        | NATURAL                    | Forma Presentación | ÚNICO                 |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                | Departamento       | BOGOTA D.C.           |
| Representante Legal |                            | Identificación     |                       |
| Total Afiliados     | 1                          | ARP                | ARL SURA              |

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 | TAE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | SIN | IGE | LM | VAC | AVP | VCT | IRP | Días ARP  | Días EPS | Días AFP | Días 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 80248271        | OSCAR ARLEY PENAGOS USECHE | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |     |     |     |     | 0         | 30       | 30       | 30       | 0              | (230301) PORVENIR | \$ 1.750.905   | \$ 280.200     | (EPS017) FAMISANAR EPS | \$ 1.750.905 | \$ 218.900 | 2.436       | \$ 1.750.905   | \$ 42.700      | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0  | \$ 541.800 |

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 | \$ 1.750.905 | \$ 0      | \$ 280.200      | \$ 218.900    | \$ 42.700       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 541.800                     | \$ 0                    | \$ 541.800  |

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!