

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-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: CARLOS FABIAN CASTRO CARDENAS			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1013605707
CELULAR: 3112530755	CORREO ELECTRÓNICO: carlos08@gmail.com	SEDE: HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80	CENTRO DE COSTOS: ENGVO2 - 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: 17278117545	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8796-2025				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 0.85			
CDP 1	1473	FECHA	22/10/2025	CRP 1	54034	FECHA	01/11/2025
CDP 2	1909	FECHA	23/12/2025	CRP 2	63413	FECHA	23/12/2025
CDP 3	45	FECHA	07/01/2026	CRP 3	2878	FECHA	19/01/2026
CDP 4	298	FECHA	20/02/2026	CRP 4	13178	FECHA	28/02/2026
CDP 5	453	FECHA	20/03/2026	CRP 5	15426	FECHA	24/03/2026
CDP 6	550	FECHA	20/04/2026	CRP 6	16641	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	06	2026	30 06 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: SE AJUSTA LIQUIDACION A 183 HORAS DESCUENTO 3H X MOVIL FUERA SERVICIO X TRIPULACION 11 JUNIO • SE AJUSTA LIQUIDACION A 183 HORAS DESCUENTO 3H X MOVIL FUERA SERVICIO X TRIPULACION 11 JUNIO							

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 18.605.280
VALOR EJECUTADO	\$ 15.811.320
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.569.320
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	183
SALDO POR EJECUTAR	\$ 2.793.960
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	85.0 %

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	84053666

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Junio 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 CARLOS FABIAN CASTRO CARDENAS CC: 1013605707
---	---

	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: 8796-2025				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO					01	06	2026	30	06	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: CARLOS FABIAN CASTRO CARDENAS				DOCUMENTO: 1013605707						
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 (%): 85.0 %										
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:
183 HORAS CERTIFICADAS AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: SE AJUSTA LIQUIDACION A 183 HORAS DESCUENTO 3H X MOVIL FUERA SERVICIO X TRIPULACION 11 JUNIO

TOTAL A PAGAR: \$ 2.569.320 – DOS MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

Fecha: 30/06/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA CARLOS FABIAN CASTRO CARDENAS CC: 1013605707	Fecha: 30/06/2026  FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO CC: 1030565725
--	---

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013605707	CARLOS FABIAN CASTRO CARDENAS	CALLE 68#61-36	9023454	scarloscastro0708@gmail.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
		84053666	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,750,905	\$537.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	7	1.200	0	220.100	1

TOTALES PENSIÓN					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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
230301	Porvenir	800224808-8	280.200		0	0	0	0	7	1.500	0	281.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					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
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades No. Autorización Valor										

TOTALES CAJAS												
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF21	Cafam					860013570-3	35.100	7	200	35.300	1	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	220.100
Pensión	1	280.200	281.700
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	35.100	35.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	534.200	537.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013605707	CARLOS FABIAN CASTRO CARDENAS		CALLE 68#61-36	9023454	scarloscastro0708@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		84053666	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,750,905	\$537.100	

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INA	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	SEN	ICE	LMA	VAC	AVP	VOT	IRL	CORRECCION	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 1013605707	CASTRO CARDENAS CARLOS FABIAN	3	0			N																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900		0	0		0	CGF21	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0