| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | 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.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 28/07/2020 |

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: **ANDREA DEL PILAR RANGEL HENAO** | | | |
| **TIPO DE DOCUMENTO:** | **C.C X C.E** | **NO.** | **65632012** |
| CELULAR:<br>**3194087349** | CORREO ELECTRÓNICO:<br>**andrea.rh.0506@gmail.com** | SEDE:<br>**HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80** | CENTRO DE COSTOS:<br>**ENGV02 - U C S CONVENIO APH - TRASLADO PRIMARIO** |
| PROCESO:<br>**DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS** | | SERVICIO:<br>**ASISTENCIAL** | |
| ENTIDAD FINANCIERA:<br>**BANCO DAVIVIENDA** | TIPO DE CUENTA:<br>**AHORROS** | NUMERO DE CUENTA BANCARIA:<br>**474600052002** | |
| **PENSIONADO:** | **SI No X** | | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:<br>**8764-2025** | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO:<br>**0.85** | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CDP 1** | 1473 | **FECHA** | 22/10/2025 | **CRP 1** | 54002 | **FECHA** | 01/11/2025 |
| **CDP 2** | 1909 | **FECHA** | 23/12/2025 | **CRP 2** | 63381 | **FECHA** | 23/12/2025 |
| **CDP 3** | 45 | **FECHA** | 07/01/2026 | **CRP 3** | 2847 | **FECHA** | 19/01/2026 |
| **CDP 4** | 298 | **FECHA** | 20/02/2026 | **CRP 4** | 13149 | **FECHA** | 28/02/2026 |
| **CDP 5** | 453 | **FECHA** | 20/03/2026 | **CRP 5** | 15398 | **FECHA** | 24/03/2026 |
| **CDP 6** | 550 | **FECHA** | 20/04/2026 | **CRP 6** | 16669 | **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:<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: DESCUENTO 3H LLEGA A ENGATIVA A LAS 9 AM POR CALAMIDAD CON MOTO 16 MAYO/ 1H X OPERATIVIDAD 05 JUNIO/ SE CRUZA 1H SALIDA TARDE 20/05/2026// SE CRUZA 1H SALIDA TARDE 22/05/2026/ SE CRUZA 2H SALIDA TARDE 03/06/2026/ PARA UN TOTAL DE 186 HORAS • DESCUENTO 3H LLEGA A ENGATIVA A LAS 9 AM POR CALAMIDAD CON MOTO 16 MAYO/ 1H X OPERATIVIDAD 05 JUNIO/ SE CRUZA 1H SALIDA TARDE 20/05/2026// SE CRUZA 1H SALIDA TARDE 22/05/2026/ SE CRUZA 2H SALIDA TARDE 03/06/2026/ PARA UN TOTAL DE 186 HORAS

## CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | **$ 19.163.160** |
| VALOR EJECUTADO | $ 16.551.720 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | **$ 2.611.440** |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES | 186 |
| SALDO POR EJECUTAR | $ 2.611.440 |
| VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación) | $ 0 |
| **PORCENTAJE DE EJECUCIÓN** | **86.4 %** |

**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** | 1081898595 |

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**
ANDREA DEL PILAR RANGEL HENAO
CC: 65632012

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **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.<br>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: **8764-2025** | PERIODO CERTIFICADO | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO** | | 01 | 06 | 2026 | 30 | 06 | 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: **ANDREA DEL PILAR RANGEL HENAO** | | DOCUMENTO: **65632012** | | | | | |
| 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 (%): **86.4 %** | | | | | | | |

| 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. | 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. |
| 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. | 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. |
| 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 | 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 |
| 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 | 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 |
| 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. | 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. |
| 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. | 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. |
| 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. | 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. |
| 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. | 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. |
| 7. Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad 8.1 Reporte y registro de sucesos de seguridad | 7. Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad 8.1 Reporte y registro de sucesos de seguridad |
| 8.Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. | 8.Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. |
| 9.Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. | 9.Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. |
| 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 autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones | 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 autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones |
| 11. Responder y asistir a las citaciones derivadas de los | 11. Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE. | 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. | 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. |

OBSERVACIONES:

186 HORAS CERTIFICADAS
AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: DESCUENTO 3H LLEGA A ENGATIVA A LAS 9 AM POR CALAMIDAD CON MOTO 16 MAYO/ 1H X OPERATIVIDAD 05 JUNIO/ SE CRUZA 1H SALIDA TARDE 20/05/2026// SE CRUZA 1H SALIDA TARDE 22/05/2026/ SE CRUZA 2H SALIDA TARDE 03/06/2026/ PARA UN TOTAL DE 186 HORAS

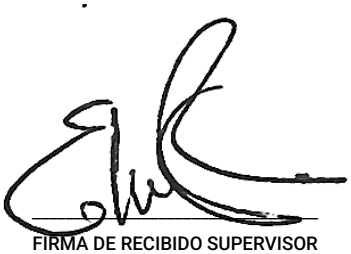
TOTAL A PAGAR:
**$ 2.611.440 — DOS MILLONES SEISCIENTOS ONCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE**

Fecha: 30/06/2026



**NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA**
ANDREA DEL PILAR RANGEL HENAO
CC: 65632012

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.*

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2026-06-09, 05:42:40 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1081898595

**Periodo Cotización:** mayo de 2026 **Periodo Servicio:** mayo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823775024

## PAGADO 06/06/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ANDREA DEL PILAR RANGEL HENAO | | |
| **Documento** | CC65632012 | **Dirección** | CR 112D #16 H - 42 BAHIA SOLANO |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 5199173 |
| **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 | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | 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 65632012 | ANDREA DEL PILAR RANGEL HENAO | 03 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 0 | (231001) COLFONDOS | $ 1.750.905 | $ 280.200 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 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 | $ 2.300 | $ 501.400 |



**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!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

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