

	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: ELVIA NATALIA REYES GARZON			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1000689332
CELULAR: 3105601990	CORREO ELECTRÓNICO: natyreyes10@hotmail.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: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 9770215243	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 4284-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 1.33			
CDP 1	550	FECHA	20/04/2026	CRP 1	21833	FECHA	22/05/2026
CDP 2	1028	FECHA	21/07/2026	CRP 2	30085	FECHA	24/07/2026
CDP 3	1172	FECHA	26/08/2026	CRP 3	32069	FECHA	26/08/2026
CDP 4	—	FECHA	—	CRP 4	—	FECHA	—
CDP 5	—	FECHA	—	CRP 5	—	FECHA	—
CDP 6	—	FECHA	—	CRP 6	—	FECHA	—

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicio profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERÍA O TECNÓLOGO EN 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.)

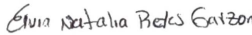
AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: SE AJUSTA LIQUIDACION A 174 _HORAS EN EL MES DE JUNIO DE 2026 REALIZO 174 HORAS -DESCUENTO 12 HORAS DEL 09/06/2026 NO REALIZO ACTIVIDADES • VALIDADO Y APROBADO 174 HORAS -DESCUENTO 12 HORAS DEL 09/06/2026 NO REALIZO ACTIVIDADES

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 3.481.920
VALOR EJECUTADO	\$ 2.442.960
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.442.960
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	174
SALDO POR EJECUTAR	\$ 1.038.960
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	70.2 %

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	III	\$ 42.700	\$ 541.800	1082086434

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 ELVIA NATALIA REYES GARZON CC: 1000689332
--	---

	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: 4284-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO					01	06	2026	30	06	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ELVIA NATALIA REYES GARZON				DOCUMENTO: 1000689332						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicio profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERÍA O TECNÓLOGO EN 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 (%): 70.2 %										
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					Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizados en cumplimiento de lo estipulado en las guías y protocolos como Reporte de condición de					

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones	re alistamiento en la ambulancias establecidas en el programa.
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.

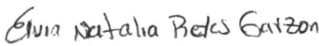
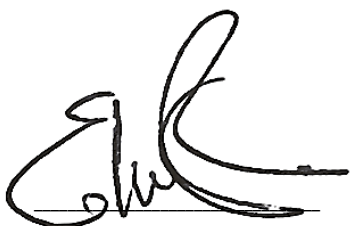
OBSERVACIONES:

174 HORAS CERTIFICADAS

AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: SE AJUSTA LIQUIDACION A 174 _HORAS EN EL MES DE JUNIO DE 2026 REALIZO 174 HORAS -DESCUENTO 12 HORAS DEL 09/06/2026 NO REALIZO ACTIVIDADES

TOTAL A PAGAR:

\$ 2.442.960 – DOS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE

<p>Fecha: 30/06/2026</p> <p></p> <p>_____ NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA ELVIA NATALIA REYES GARZON CC: 1000689332</p>	<p>Fecha: 30/06/2026</p> <p></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.

