

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 VERSIÓN: 5																											
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E		PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018																											
	INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																													
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JUAN MANUEL APONTE CASTELLANOS 418606																														
TIPO DE DOCUMENTO: Cedula No. 19410735																														
CORREO: juancanelo0615@hotmail.com CELULAR: 3194540293																														
PROCESO: Ambulancias y/o Secundarios																														
SERVICIO: Ambulancias y/o UNIDAD: Chapinero																														
<table border="1"> <tr> <th>CENTRO DE COSTOS</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> </tr> <tr> <td></td> <td>A00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		A00											
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%																		
	A00																													
BANCO: 12 TIPO CUENTA: AHORROS																														
NUMERO CUENTA BANCARIA: 0570001070084841																														
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																														
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8860-2025 N° DE PAGOS DEL CONTRATO																														
<table border="1"> <tr> <td>NÚMERO DE CDP: 1</td> <td>1473</td> <td>FECHA</td> <td>22/10/2025</td> <td>NÚMERO DE CRP: 1</td> <td>54097</td> <td>FECHA</td> <td>01/11/2025</td> </tr> <tr> <td>NÚMERO DE CDP: 2</td> <td>null</td> <td>FECHA</td> <td>null</td> <td>NÚMERO DE CRP: 2</td> <td>null</td> <td>FECHA</td> <td>null</td> </tr> </table>					NÚMERO DE CDP: 1	1473	FECHA	22/10/2025	NÚMERO DE CRP: 1	54097	FECHA	01/11/2025	NÚMERO DE CDP: 2	null	FECHA	null	NÚMERO DE CRP: 2	null	FECHA	null										
NÚMERO DE CDP: 1	1473	FECHA	22/10/2025	NÚMERO DE CRP: 1	54097	FECHA	01/11/2025																							
NÚMERO DE CDP: 2	null	FECHA	null	NÚMERO DE CRP: 2	null	FECHA	null																							
OBJETO: CONDUCTOR DE AMBULANCIA - APH																														
<table border="1"> <tr> <th>PERIODO CERTIFICADO</th> <th>DESDE</th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> <th>HASTA</th> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>01</td> <td>12</td> <td>2025</td> <td></td> <td>31</td> <td>12</td> <td>2025</td> </tr> </table>					PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			01	12	2025		31	12	2025								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO																						
		01	12	2025		31	12	2025																						
TIPO SERVICIOS: Asistencial RESERVA DE GLOSA 2% 0																														
VALOR MES: 2,504,800 VALOR LETRAS																														
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.																														
CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO																														
<table border="1"> <tr> <th>CONCEPTO</th> <th>VALORES</th> </tr> <tr> <td>VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:</td> <td>5,009,600</td> </tr> <tr> <td>VALOR EJECUTADO:</td> <td>5,009,600</td> </tr> <tr> <td>VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:</td> <td>2,504,800</td> </tr> <tr> <td>TOTAL HORAS CONTRATADAS:</td> <td>248</td> </tr> <tr> <td>TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:</td> <td>248</td> </tr> <tr> <td>VALOR A LIBERAR:</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>SALDO POR EJECUTAR:</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:</td> <td>100.00 %</td> </tr> </table>					CONCEPTO	VALORES	VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	5,009,600	VALOR EJECUTADO:	5,009,600	VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,504,800	TOTAL HORAS CONTRATADAS:	248	TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	248	VALOR A LIBERAR:	0	SALDO POR EJECUTAR:	0	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %								
CONCEPTO	VALORES																													
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	5,009,600																													
VALOR EJECUTADO:	5,009,600																													
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,504,800																													
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	248																													
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	248																													
VALOR A LIBERAR:	0																													
SALDO POR EJECUTAR:	0																													
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %																													
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:																														
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.																														
<table border="1"> <tr> <th>PLANILLA</th> <th>VALOR EPS</th> <th>VALOR AFP</th> <th>RIES</th> <th>VALOR ARL</th> <th>VALOR CAJA</th> <th>TOTAL PLANILLA</th> </tr> <tr> <td>1077181683</td> <td>178,000</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>178,000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> </tr> </table>					PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA	1077181683	178,000	0	5	0	0	178,000		0	0		0	0						
PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA																								
1077181683	178,000	0	5	0	0	178,000																								
	0	0		0	0																									
PENSIONADO																														
El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.																														

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


JUAN MANUEL APONTE CASTELLANOS
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

	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 DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 de 1 FECHA: 07/11/2024

ÁREA Y/O SERVICIO: AMBULANCIAS APH - CONVENIO 8523057 DE 2025				UNIDAD:		USS Calle 80			
No. DE CONTRATO: 8860-2025			Periodo certificado:	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO				01/12/2025			31/12/2025		
NOMBRE DEL CONTRATISTA: APONTE CATELLANOS JUAN MANUEL				DOCUMENTO: 19410735					
OBJETO DEL CONTRATO: POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA - APH									

TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%

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, Auditoría 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 permanecieron 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 servicio como conductor de ambulancia básica o medicalizada 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. Realizar Atención del incidente: 3.1 Arribo de la escena. 3.2 Reporte de datos. 3.3 Desplazamiento al centro asistencial.	Fueron realizadas las valoraciones y o traslados despachados desde la central del CRUE
4. 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 portaron los elementos de Identificación y/o prendas institucionales aportados por la Subred, se veló por la seguridad del paciente en todas las valoraciones y/o traslados realizados
5. Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. 5.1 Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.	Seguir los lineamientos indicados por la entidad
6. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. 6.1 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.
7. 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. Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato.	se realizan actividades asignadas en dicho momento.
8. Es compromiso del colaborador cumplir con la legislación nacional y los lineamientos de seguridad vial de la entidad, 8.1 Asumir comportamientos seguros en la vía, promoviendo la seguridad propia y la de los colaboradores que movilice, evitando	Se da cumplimiento a las normas de tránsito y lineamientos de seguridad vial, propuestos por la entidad.

comportamientos inseguros o riesgosos para la operación	
9. Es obligatorio procurar el cuidado y buena tenencia de los vehículos asignados, así como el reporte de condiciones de deterioro, falla, falta y en general aquellas que puedan alterar la seguridad de los vehículos durante sus desplazamientos.	se realiza seguimiento y control de los vehículos durante sus desplazamientos, así como el reporte de condiciones de deterioro, falla, falta y en general aquellas que puedan alterar la seguridad durante la operatividad
10. Participar activamente en los programas de seguridad vial tales como programa de capacitaciones, programa de la prevención de la distracción, programa de prevención de la fatiga, programa de gestión de la velocidad segura, programa de protección de actores viales vulnerables y programa de cero tolerancias a la conducción bajo los efectos del alcohol y sustancias psicoactivas.	Se asistió a las capacitaciones de fortalecimiento institucional, programas de seguridad vial y de procesos realizadas por la coordinación en los cronogramas establecidos por la misma.
11. La entidad de manera aleatoria y como parte de sus actividades de prevención en materia vial programará pruebas de alcohol y drogas en los lugares de trabajo cuya presentación es obligatoria. El rechazo a la presentación de la misma será tenida como incumplimiento contractual y será comunicado al jefe inmediato, supervisor de contrato y dirección de contratación para que se adelante el debido proceso en cada caso.	Se asistió a las capacitaciones de fortalecimiento institucional, de actividades de prevención en materia vial programará pruebas de alcohol y drogas en los lugares de trabajo cuya presentación es obligatoria
12. Las inspecciones de vehículos asignados a su cargo deben ser registradas en la página, formato y/o herramienta indicada para tal fin de manera diaria y previamente al inicio de labores	se siguen los lineamientos indicados por la entidad, como líder referente del programa de APH, se realiza registro en la página, formato y/o herramienta indicada para tal fin de manera diaria y previamente al inicio de labores
13. El reporte de siniestros viales en desplazamientos laborales es de carácter obligatorio.	se realiza retroalimentación diaria sobre, el reporte de siniestros viales en desplazamientos laborales durante el tiempo operativo de las móviles

Observaciones: TRUE, 248 HORAS CERTIFICADAS Forma de pago: el valor mensual se liquidará de acuerdo al registro de tiempo operativo en la plataforma netux y el resultado de los indicadores de disponibilidad y/o cumplimiento de horas ofertadas que entrega el CRUE por mes vencido.

TOTAL A PAGAR (Número y Letras): (2.504.800) DOS MILLONES QUINIENTOS CUATRO MIL OCHOCIENTOS M/CTE PESOS


<APONTE CATELLANOS JUAN MANUEL
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL
CONTRATISTA:
C.C: 19410735

Fecha: 31/12/2025

Firma de recibido supervisor: **Eliana Cristina Sotelo**

Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

Fecha creación reporte: 2025-12-09, 11:12:38 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla:

1077181683

Periodo Cotización:

noviembre de 2025

Periodo Servicio:

noviembre de 2025

25 Referencia pago (PIN): 8842297160

PAGADO 09/12/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN MANUEL APONTE CASTELLANOS		
Documento	CC19410735	Dirección	CALLE 1 D 545
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3008893391
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	TOP	TAP	VSP	VSP	VST	SEN	IGE	LMA	VAC	VAP	VCT	IRP	Días AFP	Días AFP	Días AFP	Días AFP	Días AFP	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 19410735	JUAN MANUEL APONTE CASTELLANOS	03	04																		0	0	30	0	0	(NIN-AF) NINGUNA AFP	\$ 0	\$ 0	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000

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
\$ 0	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 178.000