	<b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 VERSIÓN: 5
	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E</b>	PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b> SANTIAGO LAGOS HERRAN 434636																					
<b>TIPO DE DOCUMENTO:</b> Cedula	<b>No.:</b> 79958330																				
<b>CORREO:</b> santilherran@gmail.com	<b>CELULAR:</b> 3103484585																				
<b>PROCESO:</b> Urgencias																					
<b>SERVICIO:</b> Urgencias																					
<b>UNIDAD:</b> Chapinero																					
<b>CENTRO DE COSTOS</b> <table border="1"> <tr> <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>A00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	A00									
Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%												
A00																					
<b>BANCO:</b> 12	<b>TIPO CUENTA:</b> AHORROS																				
<b>NUMERO CUENTA BANCARIA:</b> 463100020346																					

**CONTROLES PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

<b>NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:</b> 9496-2025		<b>N° DE PAGOS DEL CONTRATO</b>	
<b>NUMERO DE CDP: 1</b> 45	<b>FECHA:</b> 08/01/2026	<b>NUMERO DE CRP: 1</b> 3040	<b>FECHA:</b> 19/01/2026
<b>NUMERO DE CDP: 2</b> 1473	<b>FECHA:</b> 22/10/2025	<b>NUMERO DE CRP: 2</b> 63320	<b>FECHA:</b> 19/12/2025
<b>NUMERO DE CDP: 3</b> null	<b>FECHA:</b> null	<b>NUMERO DE CRP: 3</b> null	<b>FECHA:</b> null

**OBJETO:** MEDICO GENERAL- APH

<b>PERIODO CERTIFICADO</b>	<b>DESDE</b>	<b>DIA</b> 01	<b>MES</b> 03	<b>AÑO</b> 2026	<b>HASTA</b>	<b>DIA</b> 31	<b>MES</b> 03	<b>AÑO</b> 2026
----------------------------	--------------	---------------	---------------	-----------------	--------------	---------------	---------------	-----------------

<b>TIPO SERVICIOS:</b> Asistencial	<b>RESERVA DE GLOSA 2%:</b> 0
------------------------------------	-------------------------------

<b>VALOR MES:</b> 7,607,958	<b>VALOR LETRAS:</b>
-----------------------------	----------------------

**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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	20,936,358
VALOR EJECUTADO:	20,036,492
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	6,708,092
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	164
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	899,866
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	95.70 %

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.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
9500123616	550,000	704,000	5	107,200	0	1,361,200
	0	0		0	0	

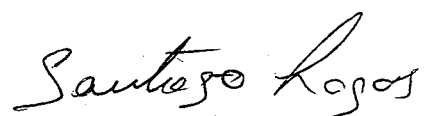
SE DESCUENTA 12 HORAS POR AUSENTISMO 15 F EBRERO/ 9 HORAS POR SOBRECARGA 21 FEBRERO/// 2 HORAS X COMUNICACIONES 08 MARZO/ SE CRUZA 1 HORA SALIDA TARDE DEL 20 FEBRERO//

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,

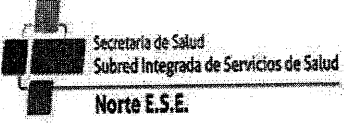


**SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA**  
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



**SANTIAGO LAGOS HERRAN**  
 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.

	<b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	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

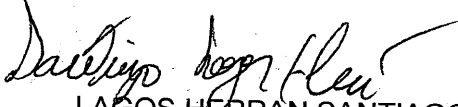

ÁREA Y/O SERVICIO: <b>AMBULANCIAS APH - CONVENIO 8523057 DE 2025</b>		UNIDAD:		<b>USS Calle 80</b>		
No. DE CONTRATO: <b>9496-2025</b>		Periodo certificado:		Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: <b>ELIANA CRISTINA SOTELO</b>				01/03/2026		31/03/2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: <b>LAGOS HERRAN SANTIAGO</b>		DOCUMENTO: <b>79958330</b>				
OBJETO DEL CONTRATO: <b>POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL- APH</b>						
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): <b>88,17%</b>						

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 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 profesionales como médico general 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 Coordinar la elección de ruta de desplazamiento. 3.4 Reporte de novedades durante el desplazamiento.	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 lo estipulado en las guías y protocolos
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	Fueron realizadas las valoraciones y o traslados despachados desde la central del CRUE
5. Entrega del paciente: 5.1 Presentación del paciente. 5.2 Apertura de Historia Clínica. 5.3 Reporte de condición de realistamiento y disponibilidad	Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizados en cumplimiento de lo estipulado en las guías y protocolos
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 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. Reporte de sucesos de seguridad, Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.	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. garantizar el diligenciamiento de la historia clínica 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	Se realiza seguimiento y control del diligenciamiento permanente con documentación completa en proforma NETUX
9. 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.

las necesidades del servicio , las cuales pueden ser desempeñadas en cualquiera de las Unidades de la Subred Norte E.S.E	funcional

**Observaciones:** TRUE, 164 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): (6708092) SEIS MILLONES SETECIENTOS OCHO MIL NOVENTA Y DOS M/CTE**

 <b>LAGOS HERRAN SANTIAGO</b> <b>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL</b> <b>CONTRATISTA:</b> <b>C.C:79958330</b>	<p>Fecha: 31/03/2026</p>  Firma de recibido supervisor: <b>Eliana Cristina Sotelo</b>
---	---

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79958330		LAGOS HERRAN SANTIAGO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 10 14 15	CHIA-CUNDINAMARCA	8708723	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	108130659	9500123616	I	2026/03/09	2026/03/03	BANCO DE BOGOTA	0	\$1,361,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$4,400,000	\$704,000			\$4,400,000	\$550,000			\$0	\$0			\$4,400,000	\$107,200		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$4,400,000	\$704,000			\$4,400,000	\$550,000			\$0	\$0			\$4,400,000	\$107,200		\$0	\$0
Ciudad: CHIA Depto: CUNDINAMARCA ( 1 Afiliados)					\$4,400,000	\$704,000			\$4,400,000	\$550,000			\$0	\$0			\$4,400,000	\$107,200		\$0	\$0
1	CC 79958330	LAGOS SANTIAGO	25-14	30	\$4,400,000	\$704,000	EPS005	30	\$4,400,000	\$550,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$4,400,000	\$107,200	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$4,400,000	\$704,000			\$4,400,000	\$550,000			\$0	\$0			\$4,400,000	\$107,200		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79958330		LAGOS HERRAN SANTIAGO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 10 14 15	CHIA-CUNDINAMARCA	8708723	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	108130659	9500123616	I	2026/03/09	2026/03/03	BANCO DE BOGOTA	0	\$1,361,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$704,000	\$0	\$0	\$704,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$704,000	\$0	\$0	\$704,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$107,200	\$0	\$0	\$107,200	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$107,200	\$0	\$0	\$107,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$550,000	\$0	\$0	\$550,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$550,000	\$0	\$0	\$550,000	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$1,361,200</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$1,361,200</b>	