

	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: CESAR ANTONIO CASAMAYOR DELGADO			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1034317288
CELULAR: 3158291761	CORREO ELECTRÓNICO: cesarcasamayor16@gmail.com	SEDE: HOSPITAL ENGATIVÁ CALLE 80	CENTRO DE COSTOS: ENGV02 - 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: 488412694330	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 8900-2025	N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 0.94																																																
<table border="1"> <tr><td>CDP 1</td><td>1473</td><td>FECHA</td><td>22/10/2025</td></tr> <tr><td>CDP 2</td><td>1912</td><td>FECHA</td><td>23/12/2025</td></tr> <tr><td>CDP 3</td><td>45</td><td>FECHA</td><td>07/01/2026</td></tr> <tr><td>CDP 4</td><td>298</td><td>FECHA</td><td>20/02/2026</td></tr> <tr><td>CDP 5</td><td>453</td><td>FECHA</td><td>20/03/2026</td></tr> <tr><td>CDP 6</td><td>550</td><td>FECHA</td><td>20/04/2026</td></tr> </table>	CDP 1	1473	FECHA	22/10/2025	CDP 2	1912	FECHA	23/12/2025	CDP 3	45	FECHA	07/01/2026	CDP 4	298	FECHA	20/02/2026	CDP 5	453	FECHA	20/03/2026	CDP 6	550	FECHA	20/04/2026	<table border="1"> <tr><td>CRP 1</td><td>54137</td><td>FECHA</td><td>01/11/2025</td></tr> <tr><td>CRP 2</td><td>63513</td><td>FECHA</td><td>23/12/2025</td></tr> <tr><td>CRP 3</td><td>2969</td><td>FECHA</td><td>19/01/2026</td></tr> <tr><td>CRP 4</td><td>13267</td><td>FECHA</td><td>28/02/2026</td></tr> <tr><td>CRP 5</td><td>15524</td><td>FECHA</td><td>24/03/2026</td></tr> <tr><td>CRP 6</td><td>16558</td><td>FECHA</td><td>29/04/2026</td></tr> </table>	CRP 1	54137	FECHA	01/11/2025	CRP 2	63513	FECHA	23/12/2025	CRP 3	2969	FECHA	19/01/2026	CRP 4	13267	FECHA	28/02/2026	CRP 5	15524	FECHA	24/03/2026	CRP 6	16558	FECHA	29/04/2026
CDP 1	1473	FECHA	22/10/2025																																														
CDP 2	1912	FECHA	23/12/2025																																														
CDP 3	45	FECHA	07/01/2026																																														
CDP 4	298	FECHA	20/02/2026																																														
CDP 5	453	FECHA	20/03/2026																																														
CDP 6	550	FECHA	20/04/2026																																														
CRP 1	54137	FECHA	01/11/2025																																														
CRP 2	63513	FECHA	23/12/2025																																														
CRP 3	2969	FECHA	19/01/2026																																														
CRP 4	13267	FECHA	28/02/2026																																														
CRP 5	15524	FECHA	24/03/2026																																														
CRP 6	16558	FECHA	29/04/2026																																														

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como MEDICO GENERAL- 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	05	2026	31	05	2026
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 7.607.958	TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL	VALOR HORA / DÍA: \$ 40.903				

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)
 AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: DESCUENTO 1H LLEGADA TARDE CONDUCTOR 15 ABRIL/ 3H LLEGADA TARDE DEL MEDICOY X COMUNICACIONES 21 ABRIL/ 2H CRUE REPORTA FUERA DE SERVICIO 05:08:22 23 ABRIL/ 3H LLEGADA TARDE DEL MEDICO Y AUXILIAR - FUERA DE SERVICIO 05:05 POR COMUNICACIONES 07 MAYO/ 3H FUERA DE SERVICIO 03:44 POR CALAMIDAD FAMILIAR DEL MEDICO 09 MAYO/ • VALIDADO Y APROBADO 174 HORAS DESCUENTO 1H LLEGADA TARDE CONDUCTOR 15 ABRIL/ 3H LLEGADA TARDE DEL MEDICOY X COMUNICACIONES 21 ABRIL/ 2H CRUE REPORTA FUERA DE SERVICIO 05:08:22 23 ABRIL/ 3H LLEGADA TARDE DEL MEDICO Y AUXILIAR - FUERA DE SERVICIO 05:05 POR COMUNICACIONES 07 MAYO/ 3H FUERA DE SERVICIO 03:44 POR CALAMIDAD FAMILIAR DEL MEDICO 09 MAYO/



CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 56.965.178
VALOR EJECUTADO	\$ 41.749.262
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 7.117.122
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	174
SALDO POR EJECUTAR	\$ 15.215.916
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	73.3 %

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
\$ 3.026.822	\$ 378.400	\$ 484.300	V	\$ 0	\$ 862.700	83155974

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO CC: 1030565725	
--	---

	<p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CESAR ANTONIO CASAMAYOR DELGADO CC: 1034317288</p>
--	---

	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: 8900-2025	PERIODO CERTIFICADO	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>05</td> <td>2026</td> <td>31</td> <td>05</td> <td>2026</td> </tr> </tbody> </table>	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	01	05	2026	31	05	2026
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año									
01	05	2026	31	05	2026									
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO	DOCUMENTO: 1034317288													
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como MEDICO GENERAL- 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 (%): 73.3 %														

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 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 re alistamiento 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 traslado 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 se 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.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
10. Garantizar la debida utilización custodia y reposición de medicamentos controlados.	Se realiza se seguimiento y control del diligenciamiento de libros de controlados entregados en cada turno
11. Otras actividades asignadas de acuerdo al objeto del contrato y a las necesidades del servicio , las cuales pueden ser desempeñadas en cualquiera de las Unidades de la Subred Norte E.S.E	se entrega Actas de asistencia custodiadas por la coordinación de la unidad funcional

OBSERVACIONES:

174 HORAS CERTIFICADAS

AJUSTE DE LIQUIDACIÓN: DESCUENTO 1H LLEGADA TARDE CONDUCTOR 15 ABRIL/ 3H LLEGADA TARDE DEL MEDICO Y COMUNICACIONES 21 ABRIL/ 2H CRUE REPORTA FUERA DE SERVICIO 05:08:22 23 ABRIL/ 3H LLEGADA TARDE DEL MEDICO Y AUXILIAR - FUERA DE SERVICIO 05:05 POR COMUNICACIONES 07 MAYO/ 3H FUERA DE SERVICIO 03:44 POR CALAMIDAD FAMILIAR DEL MEDICO 09 MAYO/

TOTAL A PAGAR:

\$ 7.117.122 – SIETE MILLONES CIENTO DIECISIETE MIL CIENTO VEINTIDOS PESOS M/CTE

<p>Fecha: 31/05/2026</p>  <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA CESAR ANTONIO CASAMAYOR DELGADO CC: 1034317288</p>	<p>Fecha: 31/05/2026</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.

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1034317288	CESAR ANTONIO CASAMAYOR DELGADO	CALLE 147 # 93 - 09	3025301530	cesarcasamayor16@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
		83155974	14/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$862.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	378.400	0		0		0	0	0	0	378.400	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	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	
230301	Porvenir	800224808-8	484.300	0	0	0	0	0	0		484.300	1	

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

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	378.400	378.400
Pensión	1	484.300	484.300
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	862.700	862.700

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1034317288	CESAR ANTONIO CASAMAYOR DELGADO	CALLE 147 # 93 - 09	3025301530	cesarcasamayor16@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
		83155974	14/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$862.700	

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	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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 1034317288	CASAMAYOR DELGADO CESAR ANTONIO		3	0			N								X									230301	3.026.822	30	484.300	0	0	0	0	EPS008	3.026.822	30	378.400		0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA