| 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: | MONTERO BARBOSA MELANNY DAYANA | | | | 160625 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | | 1023012764 | |
| CORREO | dayana080596@hotmail.com | CELULAR | | 3112677313 | |
| PROCESO: | Ambulancias y/o Secundarios | | | | |
| SERVICIO: | Ambulancias y/o | UNIDAD: | | Engativa | |

| 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 | 473870198180 | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2078-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 321 | FECHA | 04/02/2021 | NÚMERO DE CRP: 1 | 15084 | FECHA | 04/02/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 375 | FECHA | 15/02/2021 | NÚMERO DE CRP: 2 | 20021 | FECHA | 23/02/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 3 | 707 | FECHA | 31/03/2021 | NÚMERO DE CRP: 3 | 24935 | FECHA | 31/03/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 4 | 1128 | FECHA | 27/05/2021 | NÚMERO DE CRP: 4 | 37707 | FECHA | 27/05/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 5 | 1347 | FECHA | 25/06/2021 | NÚMERO DE CRP: 5 | 41051 | FECHA | 25/06/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 6 | 1560 | FECHA | 23/07/2021 | NÚMERO DE CRP: 6 | 49809 | FECHA | 23/07/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 7 | 1720 | FECHA | 25/08/2021 | NÚMERO DE CRP: 7 | 53267 | FECHA | 25/08/2021 |
| NÚMERO DE CDP: 8 | 2038 | FECHA | 30/09/2021 | NÚMERO DE CRP: 8 | 56772 | FECHA | 30/09/2021 |

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA - APH O TECNOLOGO EN ATENCION PREHOSPITALARIA

| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 01 | 09 | 2021 | | 30 | 09 | 2021 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | 0 |
| VALOR MES | 1,835,820 | 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

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | 12,797,946 |
| VALOR EJECUTADO: | 12,797,946 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 1,835,820 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 186 |
| 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.

| PLANILLA | VALOR EPS | VALOR AFP | RIES | VALOR ARL | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1039766780 | 113,600 | 145,400 | 5 | 0 | 5,500 | 264,500 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

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

IVAN DARIO OCHOA PELAEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Melanny M. 1023012764
MONTERO BARBOSA MELANNY DAYANA
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.

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 trámite pertinente. Cordialmente,

| | |
|---|---|
| IVAN DARIO OCHOA PELAEZ | MONTERO BARBOSA MELANNY DAYANA |
| NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: | NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA |

Melanny M. 1023012764

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.

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CÓDIGO: AP-CT-F-50-02 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 2 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | PÁGINA: 1 de 1 |
| | | FECHA: 30/10/2018 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ÁREA Y/O SERVICIO: **AMBULANCIAS APH - CONVENIO 2306753 DE 2021** | | | UNIDAD: | | | **USS Calle 80** | | |
| No. DE CONTRATO: **2078 - 2021** | Periodo certificado: | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año | |
| DOCUMENTO: **1023012764** | | **01/09/2021** | | | **30/09/2021** | | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: **MONTERO BARBOSA MELANNY DAYANA** | | | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: **POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA - APH O TECNOLOGO EN ATENCION PREHOSPITALARIA** | | | | | | | | |
| El resultado del cumplimiento del contrato es: Producto: SI ___ NO ___ Servicios: SI _X_ NO ___ | | | | | | | | |

| ACTIVIDADES CONTRATADAS | % EJECUTADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 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. | 100% | 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 garantizo 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. | Registro en bitácoras y/o actas |
| 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. | 100% | 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. | Actas de asistencia custodiadas por la coordinación de la unidad funcional. |
| 1). Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes. 2). Participar en la actualización documental del servicio. 3). Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia...) | 100% | Se asiste a los turnos programados los cuales son recibidos de manera presencial | Libro de novedades ambulacia |
| 4). Realización de valoraciones y/o traslados ordenados por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. 5). Realización de maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos por indicación del médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. 6). Desarrollar las actividades programadas, en los horarios asignados, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Norte sin que estas superen las 12 horas continuas. | 100% | Fueron realizadas las valoraciones y o traslados despachados desde la central del CRUE | registro de historia clínica y aplicativo C_APH |
| 7). 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. 8). Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. 9). Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutivad en la atención Pre Hospitalaria. | 100% | Se portaron los elementos de identificación aportados por la Subred, se velo por la seguridad del paciente en todas las valoraciones y/o traslados realizados | registro de historia clínica y aplicativo C_APH |
| 10). Informe y registro oportuno de datos criticos. 11). Reporte y registro de sucesos de seguridad. 12). Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. | 100% | Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizados en cumplimiento de lo estipulado en las gías y protocolos | registro de historia clínica y aplicativo C_APH |
| 13). Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo. 14).Cumplir con las disposiciones respectivas de | 100% | Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizadas garantizando la seguridad y privacidad de los pacientes | registro de historia clínica y aplicativo C_APH |

| | | | |
|---|---|---|---|
| seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. 15). Responder oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. | | | |
| 16). Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 17). Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. 18). Registrar todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" por medio del aplicativo designado para tal fin. | 100% | Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizadas aplicando las políticas de calidad garantizando la seguridad y privacidad de los pacientes, se asiste a las reuniones y capacitaciones programadas | registro de historia clínica y aplicativo C_APH, listados de asistencia |
| 19). Capturar los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones. 20). Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos de el SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE. 21). Uso adecuado, racionalización y registro de insumos y/o medicamentos controlados o no. 22). Velar por que las áreas donde son desarrolladas las actividades permanescan en las condiciones de higiene y presentación, optimas para la prestación del servicio. | 100% | Todas las valoraciones y/o traslados realizados fueron registrados en la plataforma C_APH, se asiste a realizar descargos según disposición y/o citación del área administrativa ante las posibles quejas y/o solicitudes de los usuarios | registro de historia clínica y aplicativo C_APH, listados de asistencia |
| 23). Registro adecuado y oportuno de kardex , elaboración de inventario y pedido de insumos. 24). Verificación pre operacional del equipamiento biomedico y equipos de apoyo diagnostico. 25). 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. | 100% | Se alimento el formato establecido para dar seguimiento a los insumos | Formato seguimiento a rotación de insumos y medicamentos En ambulancia |
| TOTAL DE EJECUCIÓN: | **100%** | | |

OBSERVACIONES: Ok, verificado contra horas efectivamente operativas, 186 horas certificadas

Total a pagar (número y letras): **($1835820) UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE**

Melanny M. 1023012764

**MONTERO BARBOSA MELANNY DAYANA**
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
**C.C: 1023012764**

Fecha: 30/09/2021
Firma de recibido supervisor: _____

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

Simple

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2021-09-14, 08:15:02 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | agosto de 2021 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | agosto de 2021 |
| **Empresa** | MELANNY DAYANA MONTERO BARBOSA |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1023012764 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 8816916620 / 1039766780 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 16916620 |
| **Banco** | (1052) - BANCO AV VILLAS |
| **Valor** | $ 264.500 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 145.400 | $ 0 |
| N800130907 | EPS002 | SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | 1 | $ 113.600 | $ 0 |
| N860013570 | CCF21 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM | 1 | $ 5.500 | $ 0 |
| | | **SubTotales:** | | $ 264.500 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 264.500 |



SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!