| 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: | DEVIA HERRERA ANGELA PATRICIA | | | | | | | | | | | | 241664 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | | | | No. | | | | 52750336 | | | | |
| CORREO | paty-0512@hotmail.com | | | | CELULAR | | | | 3008735689 | | | | |
| 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 | 28 | | | | TIPO CUENTA | | | | SIN CUENTA | | | | |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 0 | | | | | | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 7815-2022 | | | Nº DE PAGOS DEL CONTRATO | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 3162 | FECHA | 29/11/2022 | NÚMERO DE CRP: 1 | 52469 | FECHA | 03/12/2022 |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 11 | FECHA | 02/01/2023 | NÚMERO DE CRP: 2 | 246 | FECHA | 02/01/2023 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA O TECNOLOGO (A) EN APH | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | |
| | | 01 | 01 | 2023 | | 31 | 01 | 2023 | |
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | 0 | | |
| VALOR MES | 1,879,902 | 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: | 20,678,922 |
| VALOR EJECUTADO: | 1,576,692 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 1,576,692 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 156 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 19,102,230 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 7.62 % |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

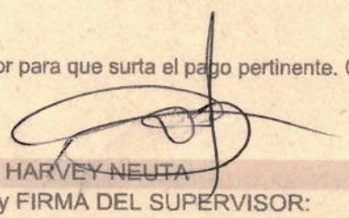
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| PLANILLA | VALOR EPS | VALOR AFP | RIES | VALOR ARL | VALOR CAJA | TOTAL PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7815122022 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

COMIENZA DESDE 06/01/2023

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,



ANGELA PATRICIA DEVIA H

HARVEY NEUTA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DEVIA HERRERA ANGELA PATRICIA
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.

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | CÓDIGO: AP-CT-F-50-03 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN: 3 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | PÁGINA: **1** de **1** |
| | | FECHA: 19/05/2022 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ÁREA Y/O SERVICIO: **AMBULANCIAS APH - CONVENIO 2809341 DE 2021** | | UNIDAD: | | **USS Calle 80** | | | |
| No. DE CONTRATO: **7815-2022** | Periodo certificado: | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR: HARVEY NEUTA** | | **01/01/2023** | | | **31/01/2023** | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: **DEVIA HERRERA ANGELA PATRICIA** | | DOCUMENTO: **52750336** | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: **POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA** | | | | | | | |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): **100.00%** | | | | | | | |

| 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. | 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. | 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 realizadas en ambulancia. | Actas de asistencia custodiadas por la coordinación de la unidad funcional. |
| 1). Prestar servicios como Auxiliar de Enfermería o Tecnólogo en APH para Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, 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 [illegible] recibidos de manera presencial | registro de historia clínica y aplicativo NETUX |
| 2). Participar en la actualización documental del servicio. 3). Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios de la Atencion Prehospitalaria (Historia Clinica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia...) 4). Realización de valoraciones y/o traslados ordenados por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. 5). Informe y registro oportuno de datos críticos 6). Reporte y registro de sucesos de seguridad 7). Capturar los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones. | Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizados en cumplimiento de lo estipulado en las guias y protocolos | registro de historia clínica y aplicativo NETUX |
| 8). Realización de maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes criticos por indicación del médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. 9). Desarrollar las actividades programadas, en los horarios asignados, segun cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Norte sin que estas superen las 12 horas continuas. 10). Adoptar los procesos, procedimientos, guias, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. 11). Registrar todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" por medio del aplicativo designado para tal fin. 12). Verificación preoperacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico. | Fueron realizadas las valoraciones y o traslados despachados desde la central del CRUE | registro de historia clínica y aplicativo NETUX |
| 13). Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como colaborador de la Subred Norte E.S.E. 14). Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. 15). Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutivad en la atención Pre Hospitalaria. 16). Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo 17). Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. 18). Uso adecuado, racionalización y registro de insumos y/o medicamentos controlados o no. 19). Registro adecuado y oportuno de Kardex, elaboración de inventario y pedido de insumos. | 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 NETUX |
| 20). Responder oportunamente a los despachos y/o llamados | Se asistió a las capacitaciones de | registro de historia clínica y |

| | | |
|---|---|---|
| generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. 21). Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 22). Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. 23). 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. | 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 realizadas en ambulancia. | aplicativo NETUX |
| 24). Velar por que las áreas donde son desarrolladas las actividades permanezcan en las condiciones de higiene y presentación, óptimas para la prestación del servicio. | se realiza limpieza y desinfección luego de cada atención | Registro en bitácoras y/o actas |
| 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 | se realizan actividades asignadas en dicho momento. En | Formato seguimiento a rotación de insumos y medicamentos ambulancia |
| | | |

OBSERVACIONES: **true, 156** horas certificadas

TOTAL A PAGAR (Número y Letras): **(1;576,692) UN MILLÓN QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS 00MCT**

ANGELA PATRICIA DEVIA H

**DEVIA HERRERA ANGELA PATRICIA**
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
**C.C: 52750336**

Fecha: 31/01/2023

Firma de recibido supervisor:

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