

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                          |                                                           |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | Jolid dayanny Castiblanco cárdenas                        |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                       | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1073241748 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | d-ayis08@hotmail.com                                      |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 8932775    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                           |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | AMBULANCIA 5134 SERVICIO DE AMBULANCIAS TRASLADO PRIMARIO |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | N110              | 100                      |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO COLPATRIA   |                          |                                                           |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 1562044531                                                |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 4341                     |                                                           |                     |                                  | VIGENCIA      |                                                                                     | 2023       |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2696              | FECHA                    | 2023-11-01 15:56:28.000                                   | NÚMERO DE CRP       | 59956                            | FECHA         | 2023-11-09 13:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                                     | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           | 2023-11-01          |                                  |               | 2023-11-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                           | \$1,956,720         |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Asistencial              |                                                           | RESERVA DE GLOSA 0% |                                  |               | N/A                                                                                 |            |
| 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. |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                           |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                           |                     |                                  | \$15,914,656  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           |                     |                                  | \$14,610,176  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                           |                     |                                  | \$1,956,720   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                           |                     |                                  | \$1,304,480   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                           |                     |                                  | 92%           |                                                                                     |            |
| El intervisor 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 \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC                                    | NIVEL ARL           | APORTE ARL                       | TOTAL APORTES |                                                                                     |            |
| 9458088762                                                                                                                                                                                                                                                   | \$908,526         | \$113,566                | \$145,364                                                 | 4                   | \$22,132                         | \$281,062     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                           |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PIOQUINTO ALEMAN<br>8691157<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                   | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                | PRODUCTOS                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Realizar acciones de auxiliar de enfermería direccionadas, de acuerdo a los programas y Plan de atención integral de enfermería para cada paciente.                                                                                                       | Actividades propias de la atención de cada paciente en la ambulancia ( revisar Guías de manejo de atención) en los traslados de acuerdo a los despachos realizados por la central en el horario coordinado | "Auditorias generadas aleatoriamente en el proceso de traslado. -Auditoria de registros clínicos - Auditorias concurrentes aleatorias"                     |
| 2. Educar al individuo, familia y comunidad en los aspectos de prevención, promoción, tratamiento de los principales problemas de salud que afectan la población del área de influencia.                                                                     | Actividades propias de la atención de cada paciente en la ambulancia ( revisar Guías de manejo de atención) en los traslados de acuerdo a los despachos realizados por la central en el horario coordinado | "Auditorias generadas aleatoriamente en el proceso de traslado. -Auditoria de registros clínicos - Auditorias concurrentes aleatorias"                     |
| 3. Realizar las actividades programadas en el servicio de urgencias, teniendo en cuenta normas técnicas y administrativas.                                                                                                                                   | Aplica en casos de asistir a apoyar en el servicio de urgencias de cualquiera de las unidades.                                                                                                             | Formato de asistencia a otros servicios                                                                                                                    |
| 4. Reclamar y entregar historias clínicas a Estadística.                                                                                                                                                                                                     | Diligenciamiento de la Historia clínica, la lista de chequeo y demás formatos definidos para el traslado de pacientes ( Entrega de las HC y demás formatos)                                                | Certificación generada por líder de ambulancia, por apoyo administrativo de la CREAT ( se verifica las HC entregadas vs el libro de reporte de traslados ) |
| 6. Entrevistar y preparar al paciente de acuerdo a la consulta e impartiendo la educación requerida.                                                                                                                                                         | Registros clínicos coherentes y pertinentes                                                                                                                                                                | Auditoria de registros clínicos de coherencia y pertinencia                                                                                                |
| 7. Mantener sus respectivos servicios en orden y estricta limpieza, cumpliendo con los procedimientos de limpieza y desinfección institucional. 8. Esterilizar, preparar y responder por el material, equipos y elementos completos bajo su responsabilidad. | Diligenciamiento del formato de Limpieza y desinfección                                                                                                                                                    | Entrega del formato de Limpieza y desinfección adecuadamente diligenciado                                                                                  |
| 10. Colaborar en actividades intrahospitalarias y extrahospitalarias para el desarrollo de los programas de salud de la Institución.                                                                                                                         | Realizar acciones en los diferentes programas de la Institución ( programa de seguridad, Humanización entre, medio ambiente)                                                                               | Adherirse a los programas a través del actuar diario ( programa de seguridad del paciente, humanización, política ambiental, política del no fumador)      |
| 11. Participar en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población.                                                                                                                                    | Utilizar los elementos de EPP, Notificar eventos de salud pública en caso de ser necesario, Diligenciar los registros pertinentes                                                                          | Notificaciones en caso de dificultades, Uso correcto de EPP                                                                                                |
| 12. Participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de salud de la comunidad.                                                                                                                                                                   | En caso de ser requerido, previo análisis                                                                                                                                                                  | Cuando aplique previa autorización del personal                                                                                                            |
| 13. Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud.                                                                                                                                         | Trabajo en equipo                                                                                                                                                                                          | Actitud de trabajo en equipo, entregas de turno ( se verifica libro de entrega de turno al azar)                                                           |
| 14. Solicitar al supervisor los recursos necesarios y hacer uso racional de los bienes bajo su responsabilidad.                                                                                                                                              | Cuidado y control de los insumos, recursos y bienes para el desarrollo de sus actividades                                                                                                                  | "Manifestaciones de mal uso, reportes de Biomedico. Control de Insumos ( Informe generado por apoyo administrativo)"                                       |
| <p style="text-align: center;"><b>PIOQUINTO ALEMAN</b><br/>8691157<br/>Supervisor</p>                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                            |
| <p style="text-align: center;">Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                            |
| <p style="text-align: center;">Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p>                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                            |