| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Pablo Emilio Galeano Fernández | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 79996604 | |
| CORREO ELECTRONICO: | kevin.pablo@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3234852698 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | U C S SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO USS PATIO BONITO TINTAL | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE11V02-P | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO AV VILLAS S A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 30992726 | | | | PENSIONADO | NO | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 6214 | | | VIGENCIA | | 2023 | |
| NÚMERO DE CDP | 686 | FECHA | 2024-02-28 16:10:51.000 | NÚMERO DE CRP | 19144 | FECHA | 2024-02-29 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-02-01 | | 2024-02-29 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,028,924 | | | | |
| 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.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $18,228,911 |
| VALOR EJECUTADO | $18,228,911 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,028,924 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

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 $2.194,507 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1060141028 | $1,211,570 | $151,446 | $193,851 | 4 | $29,514 | $374,811 |

Dado en Bogotá a los veintinueve(29) días del mes de Febrero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ
52837358
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..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| Apoyo y gestión en campo las 24 horas del día, los 07 días de la semana/ realizar seguimiento a la asistencia del personal / al diligenciamiento de la entrega de turno/ realizar actividades Pertinentes para la operación permanente (oxigeno, insumos, móviles) desencamillar ambulancias. | Verificacion constante del cumplimiento de los estandares de calidad y habilitacion para la continuacion de la operacion | Confirmacion de asistencia del personal de turno por los diferentes medios de comunicacion, auditoria de bitacoras operativas, dar contingencia a situaciones emergentes durante el desarrollo de las actividades. |
| Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes. | Secuencia de turno de gestor, concordante con cambios de turno de tripulantes. | Verificacion de cambios de turno a las horas establecidas, con tripulaciones programadas, inspeccion de novedades notificadas. |
| Realizar seguimiento y verificación del diligenciamiento de la entrega de turno por los diferentes perfiles de la tripulación. | Auditoria constante y control de bitacoras de tripulantes. | Inspeccion y control del proceso de cambios y entregas de turno por parte de las tripulaciones. |
| Realizar seguimiento a la asistencia del personal. | Registro de novedades en la asistencia de tripulantes con enfasis en ausentismos. | Registro de novedades en la asistencia de tripulantes con enfasis en ausentismos. |
| Participar en la actualización documental del proceso de atención pre hospitalaria. | Verificaciones documental del programa de atencion prehospitalaria | Auditoria frecuente de la documentacion participante en el proceso. |
| Garantizar que los tiempos asignados para las desinfecciones terminales y rutinarias de los vehículos de emergencia. | Control de los tiempos destinados para desinfecciones terminales y rutinarias. | Trabajo comunicativo conjunto con Profesional de enlace en la verificaciones de cumplimiento de tiempos establecidos para tal fin |
| Garantizar que la entrega de los insumos no exceda los tiempos autorizados por el CRUE. | Control de los tiempos destinados para reabastecimiento de insumos de las ambulancias del programa de atencion prehospitalaria. | Trabajo comunicativo conjunto con Profesional de enlace en la verificaciones de cumplimiento de tiempos establecidos para tal fin. |
| Verificar el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE. | Auditoria interna con enfoque en estandares de habilitacion de las moviles del programa de atencion prehospitalaria. | Plantear y diseñar formatos de auditoria interna de las ambulancias del programa de atencion prehospitalaria, con objetivos al cumplimiento de estandares de habilitacion. |
| Realizar los desplazamientos en vehículo de apoyo ante las posibles novedades derivadas de la operación en comunicación con Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE y desplazamientos para radicación de documentación interna. | Desplazamientos a centros asistenciales con el fin de desarrollar actividades de verificacion de novedades durante la operacion | Contante movimiento entre las instituciones de las redes asistenciales y administrativas en las que interactua el programa de atencion prehospitalaria. |
| Apoyar la gestión externa de las ambulancias de la Unidad Funcional de APH Suroccidente en verificación y posible liberación de camillas que se encuentren retenidas en las IPS | Gestion externa de liberacion de camillas en estado de retencion en centros asistenciales | Asistencia presencial a clinicas y hospitales en las cuales se reporten camillar retenidas |
| Realizar seguimiento a los hallazgos previamente identificados . | Control de notificaciones de hallazgos. | Trabajo conjunto con perfiles tecnicos de mantenimiento preventivo y correctivo del programa de atencion prehospitalaria. |
| Desarrollar las actividades programadas, en los horarios asignados, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Suroccidente sin que estas superen las 12 horas continuas. | Cumplimiento de actividades programadas segun el cronograma | Asistir sin falta a turnos asignados en cronograma establecido por el programa de atencion prehospitalaria. |
| 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 Suroccidente E.S.E | Cumplimiento al manual de imagen de CRUE | Dar cumplimiento a lo estipulado en el manual de imagen del CRUE al igual que el porte del carnet. |
| Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. | Cumplimiento del manual de bioseguridad | Control y capacitacion constante sobre el manual de bioseguridad del programa. |
| Verificar las ambulancias de la Unidad Funcional de APH Suroccidente “Inventarios de insumos, Equipos, Herramienta y demás activos de la misma, de acuerdo a cronograma establecido previamente. | Verificaciones con fines de auditoria interna del cumplimiento de estandares de habilitacion | Diseño y aplicacion de formato de verificacion y auditoria interna del cumplimiento de estandares de habilitacion para el programa de atencion prehospitalaria |
| Reporte de sucesos de seguridad y accidentes laborales | Disponibilidad para recepcion de notificaciones de sucesos de seguridad y accidentes laborales | Ante la ocurrencia de sucesos de seguridad y accidentes laborales, aplicar y orientar al funcionario afectado a la ruta de atencion. |
| Realizar informe al final de cada mes de la gestión realizada durante el mes, con soportes. | Realizacion de informe de gestion | Registro de actividades desarrolladas durante el mes operativo y establecimiento de informe operativo del periodo requerido. |
| Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. | Aplicacion de guias y protocolos del programa de atencion prehospitalaria. | Adoptar en el programa guias y protocolos establecidos para el desarrollo de actividades |
| Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo. | Humanizacion de las atenciones realizadas por el programa de atencion prehospitalaria | Capacitacion del personal asistencial en humanizacion de las atenciones del programa de atencion prehospitalaria |

Copia Certificada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. | Aderencia a los protocolos y ley de manejo de datos | Dar cumplimiento a lo establecido por protocolos de seguridad y manejo de datos de pacientes del programa de atencion prehospitalaria. |

MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ
52837358
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..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**PABLO EMILIO GALEANO FERNANDEZ**
**79.996.604 BOGOTA**

La suma de: ($3.028.924) Tres millones veintiocho mil novecientos veinte cuatro pesos m/cte. por concepto de: Prestar servicios en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo con el requerimiento institucional., durante el periodo del 01 al 29 de Febrero del 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6214-2023

Pablo Emilio Galeano Fernandez

**PABLO EMILIO GALEANO FERNANDEZ**
**C.C 79.996.604 BOGOTA**
**CUENTA DE AHORROS AV. VILLAS**
**NUMERO 030992726**

## 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** | 2024-01-02, 10:12:04 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | enero de 2024 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | enero de 2024 |
| **Empresa** | PABLO EMILIO GALEANO FERNANDEZ |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 79996604 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1060141028 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 373266964 |
| **Banco** | (1052) - BANCO AV VILLAS |
| **Valor** | $ 396.500 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 208.000 | $ 0 |
| N800251440 | EPS005 | SANITAS EPS | 1 | $ 162.500 | $ 0 |
| N860013570 | CCF21 | CAFAM | 1 | $ 26.000 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 396.500 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 396.500 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**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!