| 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: | SUAREZ ESPAÑA YERLY JHULEINE | | 314712 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | No. | 1045708320 |
| CORREO | yerly92@gmail.com | CELULAR | 3007329055 |
| 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 | SIN CUENTA |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 0 | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 0055-2024 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 37 | FECHA | 02/01/2024 | NÚMERO DE CRP: 1 | 7414 | FECHA | 19/01/2024 |
| NÚMERO DE CDP: 2 | 261 | FECHA | 23/02/2024 | NÚMERO DE CRP: 2 | 18473 | FECHA | 26/02/2024 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: | MEDICO GENERAL | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
| | | 01 | 02 | 2024 | | 29 | 02 | 2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | 0 |
| VALOR MES | 6,706,178 | 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: | 19,671,455 |
| VALOR EJECUTADO: | 7,571,491 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 7,571,491 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 210 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 12,099,964 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 38.49 % |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 00552024 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

REALIZO 24 HORAS ADICIONALES-PERSONAL NUEVO INGRESO EL 20/01/2024

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,



| TOVAR REYES LUISA FERNANDA | SUAREZ ESPAÑA YERLY JHULEINE |
|---|---|
| NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: | 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 |

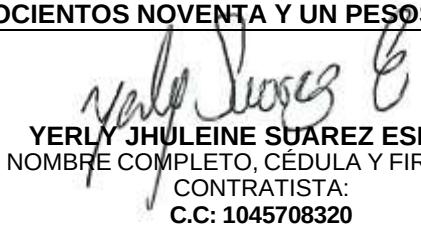
| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ÁREA Y/O SERVICIO: **AMBULANCIAS APH - CONVENIO 2809341 DE 2021** | | UNIDAD: | | | **USS Calle 80** | | | |
| No. DE CONTRATO: **0055-2024** | Periodo certificado: | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR: LUISA FERNANDA TOVAR** | | **01/02/2024** | | | **29/02/2024** | | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: **YERLY JHULEINE SUAREZ ESPAÑA** | | DOCUMENTO: **1045708320** | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: **POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MEDICO (A) GENERAL** | | | | | | | | |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 113 **%** | | | | | | | | |

| 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 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. | 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).Prestar servicios profesionales como medico de la Unidad Funcional de Atencion Prehospitalaria, durante el tiempo de disponbilidad indicado en el requerimiento, cumplinedo con lo estandares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitacion 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 | registro de historia clínica y aplicativo C_APH |
| 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...) 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 criticos 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 gías y protocolos | registro de historia clínica y aplicativo C_APH |
| 8). 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. 9). 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. 10). Adoptar los procesos, procedimientos, guías, 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 pre operacional del equipamiento biomedico y equipos de apoyo diagnostico. | Fueron realizadas las valoraciones y o traslados despachados desde la central del CRUE | registro de historia clínica y aplicativo C_APH |

| | | |
|---|---|---|
| 13). 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. 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 C_APH |
| 20). Responder oportunamente a los despachos y/o llamados 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 de el SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE. | 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. | registro de historia clínica y aplicativo C_APH |
| 24). Velar por que las áreas donde son desarrolladas las actividades permanescan en las condiciones de higiene y presentación, optimas para la prestación del servicio. | se realiza limpieza y desinfeccion luego de cada atencion | 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. | Formato seguimiento a rotación de insumos y medicamentos En ambulancia |
| | | |

OBSERVACIONES: **true, 210** horas certificadas

TOTAL A PAGAR (Número y Letras): **($7.571.491,00) SIETE MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE**



**YERLY JHULEINE SUAREZ ESPAÑA**
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
**C.C: 1045708320**

Fecha: 29/02/2024

Documento Firmado digitalmente: Dra.Luisa Fernanda Tovar Reyes

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

Scotiabank COLPATRIA

**SCOTIABANK COLPATRIA S.A.**
**NIT. 860.034.594-1**

**CERTIFICA QUE:**

La cuenta de ahorros No. 8212019095 , con fecha de apertura 13 de Abril de 2020 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): YERLY JHULEINE SUAREZ ESPAÑA
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.045.708.320

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 9 días del mes de Diciembre de 2023 .

Cordialmente,

---

**Nury Luis Montaña**
Gerencia Relación con Clientes

Scotiabank Colpatria. S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Línea de Atención

**Bogotá:** 7561616 - **Cali:** 4891616 - **Medellín:** 6041616 - **Barranquilla:** 3851616 - **Ibagué:** 2771616 - **Pereira:** 3401616 - **Cartagena:** 6931616
**Neiva:** 8631616 - **Bucaramanga:** 6971616 - **Cúcuta:** 5955195 - **Santa Marta:** 4365966 - **Villavicencio:** 6836126 - **Valledupar:** 5898480
**Popayán:** 8353735 - **Resto del país:** 018000 522222

www scotiabankcolpatria.com

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario.