

|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                   |     |                                                                                         |                     |                         |               |               |                                                                                     |                         |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------|---------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--|--|
|                                                                                                                                                                              |  |                   |     |                                                                                         | Versión             |                         | 3             |               |  |                         |  |  |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |  |                   |     |                                                                                         | Fecha de aprobación |                         | 2/15/2018     |               |                                                                                     |                         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                   |     |                                                                                         | Código:             |                         | 04-02-FO-0002 |               |                                                                                     |                         |  |  |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |  |                   |     |                                                                                         |                     |                         |               |               |                                                                                     |                         |  |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |     | Ligia Isabel Roncancio Ruiz                                                             |                     |                         |               |               |                                                                                     |                         |  |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |  |                   |     | C.C                                                                                     | X                   | C.E                     | No.           |               | 1015392707                                                                          |                         |  |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |  |                   |     | draisabelruiz53@hotmail.com                                                             |                     |                         |               | CELULAR:      |                                                                                     | 3015540093              |  |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |  |                   |     |                                                                                         |                     | SUBRED                  |               |               |                                                                                     |                         |  |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |     | U C S SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO PLACA JQV124 USS OCCIDENTE DE KENNEDY |                     |                         |               | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED                  |  |  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            |  | Centro de costo   | %   |                                                                                         |                     |                         |               |               |                                                                                     |                         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  | KE10V02-P39       | 100 |                                                                                         |                     |                         |               |               |                                                                                     |                         |  |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |  | BBVA COLOMBIA S.A |     |                                                                                         |                     | TIPO DE CUENTA:         |               | AHORRO        |                                                                                     |                         |  |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |  |                   |     | 325206324                                                                               |                     |                         |               | PENSIONADO    |                                                                                     | NO                      |  |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |  |                   |     |                                                                                         |                     |                         |               |               |                                                                                     |                         |  |  |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |  | 6559              |     |                                                                                         |                     | VIGENCIA                |               |               | 2024                                                                                |                         |  |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |  | 2243              |     | FECHA                                                                                   |                     | 2024-10-31 16:44:23.000 |               | NÚMERO DE CRP |                                                                                     | 64601                   |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                   |     |                                                                                         |                     |                         |               | FECHA         |                                                                                     | 2024-10-31 22:16:25.000 |  |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |  | MEDICO GENERAL    |     |                                                                                         |                     |                         |               |               |                                                                                     |                         |  |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                   |     | DESDE                                                                                   |                     | FECHA INICIAL           |               | HASTA         |                                                                                     | FECHA FINAL             |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                   |     |                                                                                         |                     | 2024-10-01              |               |               |                                                                                     |                         |  |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |  |                   |     |                                                                                         |                     | \$5,876,965             |               |               |                                                                                     |                         |  |  |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |     |                                                                                         |                     |                         |               | \$16,318,367  |                                                                                     |                         |  |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |  |                   |     |                                                                                         |                     |                         |               | \$15,395,485  |                                                                                     |                         |  |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |  |                   |     |                                                                                         |                     |                         |               | \$5,876,965   |                                                                                     |                         |  |  |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |  |                   |     |                                                                                         |                     |                         |               | \$0           |                                                                                     |                         |  |  |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |  |                   |     |                                                                                         |                     |                         |               | \$922,882     |                                                                                     |                         |  |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |     |                                                                                         |                     |                         |               | 94%           |                                                                                     |                         |  |  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                |  |                   |     |                                                                                         |                     |                         |               |               |                                                                                     |                         |  |  |
| 1067243241                                                                                                                                                                                                                                                   |  | \$2,595,960       |     | \$324,495                                                                               |                     | \$415,354               |               | 3             |                                                                                     | \$63,238                |  |  |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                        |  |                   |     |                                                                                         |                     |                         |               |               |                                                                                     |                         |  |  |
| Angely Boiles Caballis<br>1045709952<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 las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.                                                                                             | Adherirse a las guías clínicas de urgencias, de atención prehospitalaria, y con pertinencia manejar la atención de un paciente                                                                    | Registros clínicos coherentes                                                                         |
| 2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes                                                                                                                                                             | Atención de pacientes con ética, valores y principios adheridos al manual de buen gobierno institucional                                                                                          | Registros clínicos coherentes, completos, veraces, y claros                                           |
| 3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Registros de pacientes y demás actividades que sean necesarias para la operación del programa (registros de HC, desestimientos, formulación, control de atención de pacientes)                    | Registros completos para el proceso de facturación, para seguimiento y trazabilidad en las atenciones |
| 4) Garantizar la facturación de las atenciones que se desarrollen en el programa de Atención Prehospitalaria                                                                                                                                                               | Hacer entrega de manera inmediata posterior a la atención de los registros clínicos (antes de 24 horas) para realizar el proceso de facturación                                                   | Registros clínicos completos                                                                          |
| 5) Participar en la programación de actividades del área.                                                                                                                                                                                                                  | Participar en las actividades que se desarrollen para la adecuada operación del programa                                                                                                          | Participación en las diferentes actividades                                                           |
| 6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.                                                                                                                                                                           | Realizar la notificación de incidentes o eventos adversos que se presenten en el proceso de atención o incidentes en el proceso de la operación del programa de APH                               | Notificaciones realizadas                                                                             |
| 7) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                    | Revisar registros clínicos, y soportes clínicos necesarios para participar en análisis de caso o actividades de investigación en representación del procedimiento de APH o Dirección de Urgencias | Participación activa                                                                                  |
| 8) Adherirse a la regulación que se realiza desde el CRUE                                                                                                                                                                                                                  | Establecer adherencia a el proceso para la atención de pacientes desde la regulación por secretaria, manejo de pacientes y destino de los mismos de acuerdo a sus condiciones                     | No presencia de novedades                                                                             |
| 9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad (aplicativos, formatos)                                                                                                         | Diligenciar de manera completa de los registros clínicos                                                                                                                                          | Registros clínicos completos                                                                          |
| 10) Garantizar el adecuado manejo de los equipos biomédicos                                                                                                                                                                                                                | Registros clínicos completos                                                                                                                                                                      | reportes, generación de actas de capacitación, mantenimientos                                         |
| 11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.                                                                                                                                                                                | Realizar seguimiento de los pacientes a fin de optimizar la operación de las móviles                                                                                                              | no reportes o hallazgos                                                                               |
| 12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.                                                                                                                                                                                       | Brindar una atención humanizada, con privacidad, con adecuada información para el paciente y su familia                                                                                           | No presencia de manifestaciones o quejas por este motivo                                              |
| 13) Emitir conceptos médicos que se le requieran.                                                                                                                                                                                                                          | Emitir conceptos médicos dentro de la pertinencia y coherencia clínica                                                                                                                            | Conceptos                                                                                             |
| 14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                                                              | Adherirse al manual de Acreditación institucional                                                                                                                                                 | Actas de capacitación, soportes de adherencia                                                         |
| 15) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                                                                                                        | Cuidar y realizar custodia de los elementos entregados para su cuidado y operación                                                                                                                | Insumos y elementos completos                                                                         |
| 16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                                                        | Participar en las jornadas de capacitación citadas tanto internamente como externamente                                                                                                           | Participar en las jornadas de capacitación citadas tanto internamente como externamente               |
| 17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                                                          | Adherirse a los procesos y procedimientos institucionales                                                                                                                                         | No hallazgos                                                                                          |
| 18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                                                                                                                   | Actividades que aporten a la operación interna y externa de la Subred                                                                                                                             | Actividades                                                                                           |
| 19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.                                                                                                                               | Registrar las bases de información requeridas en la operación                                                                                                                                     | Bases de datos                                                                                        |
| 20) Manejo de medicamentos                                                                                                                                                                                                                                                 | Gestionar el manejo de medicamentos controlados y no controlados ejerciendo supervisión de los mismos                                                                                             | Inventarios completos                                                                                 |
| 21) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato..                                                                                                                                                                              | Actividades encomendadas acordes con la operación                                                                                                                                                 | Soportes o registros                                                                                  |

Angely Boiles Caballis  
1045709952  
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