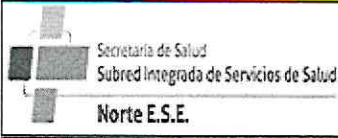


|                                                                                  |                                              |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|
|  | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U  | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |
|                                                                                  | ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS             | VERSIÓN: 5            |
|                                                                                  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE | PÁGINA: 1 DE 1        |
| Norte E.S.E.                                                                     | E.S.E.                                       | FECHA: 16/02/2018     |

|                             |  |                                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |
|-----------------------------|--|---------------------------------|---|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA |  |                                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:     |  | QUINTERO ESCOBAR MICHAEL ANDRES |   |                 |   |                 |   |                 |   | 358744          |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:          |  | Cedula                          |   | No.             |   | 1031138192      |   |                 |   |                 |   |
| CORREO                      |  | michaelquintero@gmail.          |   | CELULAR         |   | 3203059983      |   |                 |   |                 |   |
| PROCESO:                    |  | Urgencias                       |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |
| SERVICIO:                   |  | Urgencias                       |   | UNIDAD:         |   | Simon Bolivar   |   |                 |   |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS            |  | Centro de costo                 | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|                             |  | A00                             |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |
| BANCO                       |  | 12                              |   | TIPO CUENTA     |   | AHORROS         |   |                 |   |                 |   |
| NUMERO CUENTA BANCARIA      |  | 488415495057                    |   |                 |   |                 |   |                 |   |                 |   |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |      |       |            |                          |       |       |            |
|------------------------------------------------------------------|------|-------|------------|--------------------------|-------|-------|------------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 2439-2024                         |      |       |            | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |       |       |            |
| NÚMERO DE CDP: 1                                                 | 166  | FECHA | 26/01/2024 | NÚMERO DE CRP: 1         | 14881 | FECHA | 03/02/2024 |
| NÚMERO DE CDP: 2                                                 | 410  | FECHA | 27/03/2024 | NÚMERO DE CRP: 2         | 22612 | FECHA | 27/03/2024 |
| NÚMERO DE CDP: 3                                                 | 410  | FECHA | 27/03/2024 | NÚMERO DE CRP: 3         | 22613 | FECHA | 27/03/2024 |
| NÚMERO DE CDP: 4                                                 | 499  | FECHA | 19/04/2024 | NÚMERO DE CRP: 4         | 25505 | FECHA | 23/04/2024 |
| NÚMERO DE CDP: 5                                                 | 628  | FECHA | 20/05/2024 | NÚMERO DE CRP: 5         | 29101 | FECHA | 20/05/2024 |
| NÚMERO DE CDP: 6                                                 | 810  | FECHA | 20/06/2024 | NÚMERO DE CRP: 6         | 36201 | FECHA | 21/06/2024 |
| NÚMERO DE CDP: 7                                                 | 923  | FECHA | 23/07/2024 | NÚMERO DE CRP: 7         | 38527 | FECHA | 30/07/2024 |
| NÚMERO DE CDP: 8                                                 | 1062 | FECHA | 26/08/2024 | NÚMERO DE CRP: 8         | 45330 | FECHA | 30/08/2024 |
| NÚMERO DE CDP: 9                                                 | 1207 | FECHA | 18/09/2024 | NÚMERO DE CRP: 9         | 49913 | FECHA | 30/09/2024 |
| NÚMERO DE CDP: 10                                                | 1393 | FECHA | 23/10/2024 | NÚMERO DE CRP: 10        | 56186 | FECHA | 31/10/2024 |
| NÚMERO DE CDP: 11                                                | 1553 | FECHA | 21/11/2024 | NÚMERO DE CRP: 11        | 60521 | FECHA | 30/11/2024 |

|                                                            |  |                        |     |                     |      |       |     |     |      |
|------------------------------------------------------------|--|------------------------|-----|---------------------|------|-------|-----|-----|------|
| OBJETO: PROFESIONAL MEDICO - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS |  |                        |     |                     |      |       |     |     |      |
| PERIODO CERTIFICADO                                        |  | DESDE                  | DIA | MES                 | AÑO  | HASTA | DIA | MES | AÑO  |
|                                                            |  |                        | 01  | 11                  | 2024 |       | 30  | 11  | 2024 |
| TIPO SERVICIOS                                             |  | Asistencial            |     | RESERVA DE GLOSA 2% |      |       | 0   |     |      |
| VALOR MES                                                  |  | 7,021,500 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: | 96,489,000 |
| VALOR EJECUTADO:                        | 94,903,500 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:           | 8,607,000  |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                | 186        |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:     | 228        |
| VALOR A LIBERAR:                        | 0          |
| SALDO POR EJECUTAR:                     | 1,585,500  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                | 98.36 %    |

|                                                                                                                                                                                                                                              |           |           |      |           |            |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|------|-----------|------------|----------------|
| 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 |

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

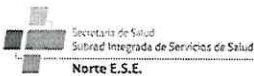
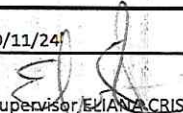


SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



QUINTERO ESCOBAR MICHAEL ANDRES  
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.

|                                                                                                                                                                          |                                                                                |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------|--|
|                                                                                          | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                    |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                   | CÓDIGO: AP-CT-F-50-03 |                           |  |
|                                                                                                                                                                          | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                   | VERSIÓN: 3            |                           |  |
|                                                                                                                                                                          |                                                                                |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                   | PÁGINA : 1 DE 1       |                           |  |
|                                                                                                                                                                          |                                                                                |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  | FECHA: 19/05/2022 |                       |                           |  |
| ÁREA Y/O SERVICIO: URGENCIAS                                                                                                                                             |                                                                                |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| No. DE CONTRATO: 2439-2024                                                                                                                                               |                                                                                | PERIODO CERTIFICADO                                                                                                     | Día                                                                                                                                                                                              | Mes               | Año                   | UNIDAD: SIMON BOLIVAR     |  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO                                                                                                                    |                                                                                |                                                                                                                         | 1                                                                                                                                                                                                | 11                | 2024                  | Día Mes Año<br>30 11 2024 |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: MICHAEL ANDRES QUINTERO ESCOBAR                                                                                                                  |                                                                                | DOCUMENTO: 1031138192                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| OBJETO DEL CONTRATO: : Prestar servicios como MEDICO GENERAL en la DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.         |                                                                                |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): 100                                                                                                                                            |                                                                                |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                 |                                                                                |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                   |                                                                                |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la institución.                                                 |                                                                                | Atención oportuna de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias con base en tiempos establecidos, según triage |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a las necesidades de la institución en los servicios prestados: valoración médica de los pacientes, ronda               |                                                                                | Atencion, valoración , Revaloracion y evolución del paciente y definicion de conducta                                   |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la historia clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999                  |                                                                                | Elaborar cada registro de historia clinica : Completa- Oportuno. Cronologico. Con fecha y Hora y Nombre del Autor       |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.                                  |                                                                                | Se brindo información clara y oportuna al familiar del paciente                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento.                                  |                                                                                | Se hizo adherencia de las guías, instructivos institucionales                                                           |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| Cumplir adherencia al manual de bioseguridad.                                                                                                                            |                                                                                | Cumplimiento a cabalidad las Instrucciones de: Lavado de manos- Uso de elementos de Bioseguridad y Aislamientos         |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.                                |                                                                                | Notificación de los Sucesos de Seguridad.                                                                               |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| Realizar el proceso de traslado y/ o, la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la prestación integral de la subred y de acuerdo con las normas    |                                                                                | Elaboracion de las Referencias y Traslados de pacientes requeridos                                                      |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.                                                                         |                                                                                | Registros de cada paciente atendido en el Software Dinamica                                                             |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la subred norte ese convoque y presentar la certificación correspondiente.                                   |                                                                                | Asistencia a la capacitaciones Virtuales programadas por la Subrednorte                                                 |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la subred norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías,                 |                                                                                | Presentación de evaluaciones de adherencia y conocimientos de la Subred y demas cursos que son indicados                |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato                                     |                                                                                | Cumplimiento de las actividades Asignadas por el supervisor                                                             |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| Ejecutar las actividades según criterios de autocontrol.                                                                                                                 |                                                                                | Se Revisan los Pacientes que quedaron por Revalorar y que estan pendientes por consulta                                 |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.                                                                    |                                                                                | Cuidados de los Elementos Medicos Asignados                                                                             |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido.                                                                                                |                                                                                | Se Asistio a las Reuniones con los Dinamiadores                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la subred norte.                                                                                     |                                                                                | Se participa de manera Indirecta con el Proceso de Referencia y Contrareferencia                                        |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la subred norte e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios.                                   |                                                                                | Acorde a las Tipo de patologias se Solicitan la intervencion de las Diferentes Especialidades                           |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de              |                                                                                | Cumplimiento del Objeto Contractual en el servicio de Urgencias                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| Apoyar el trabajo en equipo en el servicio donde se encuentre.                                                                                                           |                                                                                | Se Trabajo en Equipo con Grupo de Urgencilogos, Medicos Generales y Grupo e Enfermeria                                  |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| Garantizar la racionalización en el uso y control de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio                                                            |                                                                                | Buen uso de cada uno de los Insumos requeridos a necesidad del paciente                                                 |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| Conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativizarlos en el diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización |                                                                                | Todo paciente recibe trato respetuoso y Digno                                                                           |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| Conocer, incorporar y aplicar las herramientas impartidas por el hospital para la implementación de los sistemas integrados de gestión de la calidad y control con       |                                                                                | Se Recibe visitas de los Entes de Control y se da la informacion requerida                                              |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| OBSERVACIONES: HORAS : 228                                                                                                                                               |                                                                                |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): (\$8,607,000) OCHO MILLONES SEISCIENTOS SIETE MIL PESOS M/CTE.                                                                          |                                                                                |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |
| <br>MICHAEL ANDRES QUINTERO ESCOBAR CC: 1031138192                                    |                                                                                |                                                                                                                         | Fecha : 30/11/24<br><br>Firma de recibido supervisor ELIANA CRISTINA SOTELO VERDUGO<br>Firmado digitalmente |                   |                       |                           |  |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.                                                            |                                                                                |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                  |                   |                       |                           |  |



**Número Planilla 74360897**

Periodo Servicio 202410

**Cliente:**

**PAGADA 2024-11-13 EN HORARIO EXTENDIDO**

|                            |                                 |                           |                                      |
|----------------------------|---------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| <b>Razón Social</b>        | QUINTERO ESCOBAR MICHAEL ANDRES |                           |                                      |
| <b>Documento</b>           | CC 1031138192                   | <b>Dirección</b>          | CL 1 #1 - 1 CL 63 SUR # 64 - 90 TORR |
| <b>Tipo de Empresa</b>     | INDEPENDIENTE                   | <b>Teléfono</b>           | 3203059983                           |
| <b>Tipo Persona</b>        | NATURAL                         | <b>Forma Presentación</b> | UNICO                                |
| <b>Ciudad</b>              | BOGOTA D.C.                     | <b>Departamento</b>       | BOGOTA D.C.                          |
| <b>Representante Legal</b> |                                 | <b>Identificación</b>     | 1                                    |

|                                 |               |           |           |   |                     |                              |                   |                   |
|---------------------------------|---------------|-----------|-----------|---|---------------------|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Documento                       | CC 1031138192 | Residente | Exonerado | N | Apellidos y Nombres | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
| Tipo Colizante                  | 59 00         |           |           |   |                     |                              |                   |                   |
| QUINTERO ESCOBAR MICHAEL ANDRES |               |           |           |   |                     |                              |                   |                   |
| BOGOTA D.C.                     |               |           |           |   |                     |                              |                   |                   |

[illegible]

| Total Aportas Pensión | Total Aportas FSP | Total Aportas FSPS | Total Aportas Salud | Total Aportas Riesgos | Total Aportas Cajas | Total Aportas SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|-----------------------|-------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------|
| PORVENIR              | FSP SOLIDARIDAD   | FSP SUBSISTENCIA   | EPS SANITAS         | ARL SURA              | NINGUNA CCF         | SENA               | ICBF               | ESAP               | MEN               |             |
| \$ 463.900            | \$ 0              | \$ 0               | \$ 362.400          | \$ 70.700             | \$ 0                | \$ 0               | \$ 0               | \$ 0               | \$ 0              | \$ 897.000  |

