

					Versión		3		
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación		2/15/2018		
					Código:		04-02-FO-0002		
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				ALBER STIVEN HERNANDEZ PATERNINA					
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.		1233491377
CORREO ELECTRONICO:				stivenpate1@gmail.com			CELULAR:		3222279751
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				U C S CONVENIO APH - TRASLADO PRIMARIO PLACA JQV118 HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	KE11V02-P34	100							
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO AV VILLAS S A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			50946271				PENSIONADO		NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO		6516				VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP		2474	FECHA	2024-11-28 09:57:56.000	NÚMERO DE CRP		74469	FECHA	2024-11-30 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR DE ENFERMERIA							
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
				2024-12-01					
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$259,536					
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:						\$7,425,206			
VALOR EJECUTADO						\$6,293,748			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$259,536			
VALOR A LIBERAR						\$0			
SALDO POR EJECUTAR						\$1,131,458			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						85%			
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	
8382399675	\$908,526	\$113,566		\$145,364		4	\$22,132	\$281,062	
Dado en Bogotá a los seis(6) días del mes de Diciembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.									
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									

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes.	A. Recibir la móvil en óptimas condiciones dejando por escrito las novedades presentadas al momento.	B. Al no llegar a tiempo a mi cambio de turno no estaría presente para recibir las novedades presentadas durante el día en la móvil las cuales se deben subsanar en el tiempo de aprovisionamiento
Participar en el desarrollo y actualización de documentos del programa de atención pre hospitalaria.	A. Asistir a las reuniones de actualización de documentación que requiere el programa de salud mental.	B. No estaría actualizado en la información de los nuevos documentos que se requieren.
. Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios de la Atención Pre hospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, cadena de custodia, etc.) Los cuales deberán ser allegados dentro de las 12 horas siguientes a la atención del paciente. En ningún caso los registros clínicos podrán ser diligenciados después del periodo de atención del paciente.	A. Ayudar con el diligenciamiento de las historias clínicas estar pendiente de llevar los formatos adecuados al momento de la atención.	B. Estaría obstruyendo la debida operación del programa.
Valoración, estabilización y/o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.	Actividades propias de la atención de cada paciente en la ambulancia (revisar Guías de manejo de atención) en los traslados de acuerdo a los despachos realizados por la central en el horario coordinado	"Auditorías generadas aleatoriamente en el proceso de traslado. -Auditoria de registros clínicos - Auditorias concurrentes aleatorias"
Realizar los procedimientos ordenados por el médico de la tripulación o el médico regulador para la estabilización de pacientes, dentro de su núcleo de saber. Incluyendo la aplicación supervisada de medicamentos	A. Acatar debidamente la directriz del médico a cargo para brindar una buena atención.	B. Si no se actúa de manera adecuada se pondría en riesgo la salud integridad y seguridad del paciente.
Estar atentos al cumplimiento de las órdenes operativas del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias. Realizar los reportes radiales de información pertinente al paciente con propósitos de regulación médica y orientación de traslado e información relevante de situaciones de emergencia y coordinación con el médico regulador, directivos del centro regulador, otras unidades medicalizadas y básicas, agencias del estado que participen en situaciones de desastre y/o emergencias cuando se requiera.	En caso de ser requerido, se deben notificar al líder del proceso y si son eventos de seguridad reportar en el aplicativos	Reportes generados , actas por reportes generados o no .
Desarrollar las actividades de acuerdo a la programación de actividades asignadas, según cronogramas previamente establecido, sin que estas actividades superen las 12 horas continuas.	Actividades propias de la atención de cada paciente en la ambulancia (revisar Guías de manejo de atención) en los traslados de acuerdo a los despachos realizados por la central en el horario coordinado	Actividades propias de la atención de cada paciente en la ambulancia (revisar Guías de manejo de atención) en los traslados de acuerdo a los despachos realizados por la central en el horario coordinado
Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente.	A. Portar adecuadamente las prendas institucionales y carnet de identificación Suministradas por la subred.	B. Se perdería credibilidad institucional al no hacer uso adecuado del uniforme.
Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.	A. Mantener el vehículo en óptimas condiciones para garantizar la seguridad de la tripulación y del paciente.	B. Se generarían riesgos biológicos para la tripulación y el paciente.
. Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutivez en la atención Pre Hospitalaria	Adherirse a los manuales de Emergencia institucionales y demas establecidas.	Se levanta acta en caso de no cumplimiento
Informe y registro oportuno de datos críticos. Y Reporte y registro de sucesos de seguridad	Informar a tiempo sobre el estado del paciente para brindar una atención íntegra.	. Se pondría en riesgo la salud del paciente.
Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.	"A. Cumplir las guías dadas basándose en la evidencia científica. "	B. No se estaría dando cumplimiento a las actividades generadas por la subred.

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ALBER STIVEN HERNANDEZ PATERNINA
No. Identificación: CC1233491377
Dirección: KR 88 C 63 67 SUR
Telefono: 3222279
Correo: stivenpate1@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8382399675

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ALBER STIVEN HERNANDEZ PATERNINA	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1233491377	Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2024
Número de planilla	8382399675	Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2024
Fecha pago	2024-12-09	Número de Administradoras	2
Número de autorización pago	82399675	Total Pagado	370500
Banco	1052	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	208000	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	162500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1233491377
APELLIDOS Y NOMBRES: ALBER STIVEN HERNANDEZ PATERNINA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230301	1300000	1300000	0	0	162500	0	208000	0	0	0

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE
E.S.ENIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ALBER STIVEN HERNANDEZ PATERNINA
1.233.491.377 BOGOTA

La suma de: (\$ 259.536 pesos m/cte.) por concepto de: Prestar servicios como auxiliar de enfermería de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo con el requerimiento institucional., durante el periodo del 1 al 6 diciembre 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6516-2024



ALBER STIVEN HERNANDEZ PATERNINA
1.233.491.377 BOGOTA
CUENTA DE AHORROS AV. VILLAS
NUMERO 50946271