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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | 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 SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO PLACA JQV133 MOVIL - 6942 USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10V02-P41 | 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 | 8523 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 1156 | FECHA | 2025-05-14 16:56:31.000 | NÚMERO DE CRP | 23180 | FECHA | 2025-05-20 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-04-01 | | 2025-04-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | $2,167,919 | | | |
| 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: | $11,363,952 |
| VALOR EJECUTADO | $8,677,947 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,167,919 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2,686,005 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 76% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8385572825 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 4 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2025. 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

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 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 período de atención del paciente. | B. No estaría actualizado en la información de los nuevos documentos que se requieren. | 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 atenciòn de cada paciente en la ambulancia ( revisar Guìas de manejo de atenciòn) en los traslados de acuerdo a los despachos realizados por la central en el horario coordinado | "Auditorias gneradas aleatoriamente en el proceso de traslado. -Auditoria de registros clìnicos - 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 lider 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 atenciòn de cada paciente en la ambulancia ( revisar Guìas de manejo de atenciòn) en los traslados de acuerdo a los despachos realizados por la central en el horario coordinado | Actividades propias de la atenciòn de cada paciente en la ambulancia ( revisar Guìas de manejo de atenciòn) 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 resolutividad en la atención Pre Hospitalaria | Adheririse a los manuales de Emergencia insitucionales 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. |
| "14).Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades." | Revisar Guias de manejo, protocolos enviados, documentos que se reuquieran ser leidos | Evaluaciones de conocimientos en el momento designado |
| "15). Responder oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE." | En caso de ser requerido, se deben notificar al lider del proceso y si son eventos de seguridad reportar en el aplicativos | Reportes generados , actas por reportes generados o no . |
| "16). Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional." | Adherencia a procedimiento | Acciones desarrolladas durante la gestiòn |
| "17). Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado." | Autocontrol | Autocontrol |
| "18). Registrar todos los desplazamientos realizados como “Fallidos o efectivos ” por medio del aplicativo o en físico en la historia clínica prehospitalaria" | Las que sean encomendadas de acuerdo a la naturaleza de su perfil | Reportes generados |
| 19). Capturar los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas | Propias de las actividades del servidor Pùblico | Se levanta acta en caso de no cumplimiento |
| "20).Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del sistema de PQRS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE." | A. Asistir para rendir descargos generados por el crue. | B. No se estaría dando cumplimiento a las actividades contractuales. |
| 21). Uso adecuado, racionalización y registro de insumos | A. Dar manejo adecuado a los insumos suministrados por la subred. | B. Se generaría costos y desperdicio de dichos insumos. |
| 22). Diligenciamiento claro y oportuno de formato en los casos a que hubiere lugar | A. Se debe diligenciar adecuadamente libros controlados y demás formatos de insumos. | B. No se llevará un registro de lo utilizado a diario en cada turno. |

Copia Controlada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| 23). Registro adecuado y oportuno de inventario y pedido de insumos, en todo momento será corresponsable el auxiliar del mantenimiento de lasuficiencia de insumos, medicamentos y equipos, así como las fechas de vencimiento y verificación de semaforización de los mismos. | A. Realizar pedido de insumos, suministros médicos y mantener al día equipos biomédicos para prestar una óptima atención. | B. Se generarían multas y sanciones por no cumplir protocolos establecidos poniendo en riesgo al paciente. |
| "24). Coordinar con el auxiliar de farmacia la solicitud, gestión y mantenimiento de inventario de medicamentos, materiales e insumos de la móvil , para mantener las cantidades indicadas en el listado definido por la subred" | A. Realizar inventario y solicitar insumos faltantes para mantener la móvil con las cantidades estipuladas por la subred. | B. Se generaría faltantes y la móvil no estaría en plena condición para uso diario. |
| 25) Verificación pre operacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico | A. Realizar el registro de recibido y entrega de turno para dejar constancia dé novedades. | B. No se tendría un soporte de hallazgos al cambio de turno. |
| "26). Entregar los soportes de la atención para facturación dentro de los tiempos pertinentes, so pena de incurrir en incumplimiento y/o glosa del servicio" | A. Entregar historias a diario para que sean cargadas al sistema. | B. Se generarían glosas del servicio y no se podría facturar a tiempo. |

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 Surocciente

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:** 8385572825

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | ALBER STIVEN HERNANDEZ PATERNINA |
| **Tipo y número de identificación** | CC1233491377 |
| **Número de planilla** | 8385572825 |
| **Fecha pago** | 2025-04-09 |
| **Número de autorización pago** | 85572825 |
| **Banco** | 1052 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | marzo de 2025 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | marzo de 2025 |
| **Número de Administradoras** | 2 |
| **Total Pagado** | 405800 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 227800 | 1 |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 178000 | 1 |

8385572825

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 | 1423500 | 1423500 | 0 | 0 | 178000 | 0 | 227800 | 0 | 0 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

**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: ($2.167.919 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 30 ABRIL 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8523-2024




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