

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                                                     |                        |                                  |                 |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                                                     |                        | Versión<br>3                     |                 |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                          |                                                                                                     |                        | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |                 |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                                                     |                        | Código:<br>04-02-FO-0002         |                 |                                                                                     |            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                                                                     |                        |                                  |                 |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | LEYDI YOLANDA JAMIOY CUARAN                                                                         |                        |                                  |                 |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                                                                 | X                      | C.E                              | No.             |                                                                                     | 1193121914 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | leidyjamioy09@gmail.com                                                                             |                        |                                  | CELULAR:        |                                                                                     | 3123711796 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                                                                     |                        | SUBRED                           |                 |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | U C S SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO PLACA JQV228 MOVIL -6992 USS OCCIDENTE DE KENNEDY |                        |                                  | SEDE:           |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                                                                     |                        |                                  |                 |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10V02-P54       | 100                      |                                                                                                     |                        |                                  |                 |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCOLOMBIA S.A          |                                                                                                     |                        |                                  | TIPO DE CUENTA: |                                                                                     | AHORRO     |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 9476159901                                                                                          |                        |                                  |                 | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                                                                     |                        |                                  |                 |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 5663                     |                                                                                                     |                        | VIGENCIA                         |                 | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1974              | FECHA                    | 2025-09-25<br>12:38:12.000                                                                          | NÚMERO DE CRP          | 41133                            | FECHA           | 2025-10-02<br>00:00:00.000                                                          |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                                                                                     |                        |                                  |                 |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                                                                               |                        | FECHA INICIAL                    |                 | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                                                     |                        | 2025-10-01                       |                 | 2025-10-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                                                                     |                        | \$1,696,776                      |                 |                                                                                     |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                                                                     |                        |                                  | \$2,076,318     |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                                                     |                        |                                  | \$1,696,776     |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                                                                     |                        |                                  | \$1,696,776     |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                                                                     |                        |                                  | \$0             |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                                                                     |                        |                                  | \$379,542       |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                                                                     |                        |                                  | 82%             |                                                                                     |            |
| 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                                                                       |            |
| nuevo ingreso                                                                                                                                                                                                                                                | \$908,526         | \$113,566                |                                                                                                     | \$145,364              | 3                                | \$22,132        | \$281,062                                                                           |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.<br><br>Angie Paola Buitrago Colorado<br>1013667933<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) Prestar servicios como auxiliar de enfermería o tecnólogo en APH del programa de Atención Prehospitalaria de la subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. durante el tiempo de disponibilidad indicado en el requerimiento, cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud. Estar presente en el momento de entregar y recibir disponibilidad con el perfil asignado según cronograma de actividades, registrando las novedades correspondientes.                                                                                                                            | disponibilidad indicado en el requerimiento, cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud    | Estar presente en el momento de entregar y recibir disponibilidad con el perfil asignado según cronograma de actividades, registrando las novedades correspondientes |
| 2) Diligenciar oportunamente de manera completo y adecuada de los registros propios de la Atención Pre hospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formato fallido y/o cancelado, formato de elementos de protección personal, formatos limpieza y desinfección, formato de control de temperatura y humedad, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia, etc.) Los cuales deberán ser diligenciados en el aplicativo y/o en físico, inmediatamente se finalice la atención del paciente. En ningún caso los registros clínicos podrán ser diligenciados después del período de atención del paciente. | Diligencia todos los registros clínicos establecidos en la Subred para el programa                                                                         | Historia clinicas completas de acuerdo a pacientes valorados, trasladosw y fallidos o cancelados                                                                     |
| 3) Realizar valoración, estabilización y/o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Manejo de paciente de acuerdo a la directriz del médico regulador                                                                                          | diligenciamiento de HC de manera completa                                                                                                                            |
| 4) 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Manejo de paciente de acuerdo a la directriz del médico regulador                                                                                          | diligenciamiento de HC de manera completa                                                                                                                            |
| 5) Estar atento al cumplimiento de las órdenes operativas del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, realizando 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.                                                                                                                                       | cumplimiento de las órdenes operativas del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias,                                                                    | coordinación con el médico regulador, directivos del ce.tro regulador, otras unidades medicalizadas y básicas,                                                       |
| 6) Dar cumplimiento a las actividades y metas designadas, según cronograma previamente establecido, para el buen desempeño de los indicadores asociados a los traslados y valoraciones, asignados por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE, sin que estas actividades superen las 12 horas continuas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | el buen desempeño de los indicadores asociados a los traslados y valoraciones, asignados por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE, | Dar cumplimiento a las actividades y metas designadas                                                                                                                |
| 7) Realizar gestión oportuna en cuanto a la liberación de las camillas en cada una de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la cual recepcionen los pacientes asignados por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE, en concordancia con los indicadores de productividad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Realizar gestión oportuna en cuanto a la liberación de las camillas en las instituciones                                                                   | Realizar la pronta liberacion de la camilla                                                                                                                          |
| 8) Realizar el acompañamiento permanente del paciente, dentro de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, hasta que sea ubicado en espacios propios de la institución y se realice la liberación de la camilla, realizando reportes periódicos de la gestión realizada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Realizar el acompañamiento permanente del paciente, hasta que la camilla sea liberada en la institucion                                                    | Realizar reportes periódicos de la gestión d la liberacion de la camilla                                                                                             |
| 9) Realizar el oportuno y adecuado diligenciamiento del libro de despachos, atenciones y traslados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | oportuno y adecuado diligenciamiento del libro de despachos, atenciones y traslados.                                                                       | Realizar el diligenciamiento del libro de despachos 520 traslados efectivos                                                                                          |
| 10) Portar 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Portar las prendas institucionales acorde a lo establecido                                                                                                 | Portar con las prendas institucionales adecuadamente                                                                                                                 |
| 11) Portar la tarjeta de identificación de la misión médica en un lugar visible, en cumplimiento con la resolución 4481-2012                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Portar la tarjeta de identificación de la misión médica                                                                                                    | portar con la tarjeta en un lugar visible para la identificacion                                                                                                     |
| 12) Cumplir con en el manual de bioseguridad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Portar con los elementos de proteccion de bioseguridd                                                                                                      | Portar adecuadamente los elementos de proteccion personal                                                                                                            |
| 13) Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiveidad en la atención Pre Hospitalaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización                                                                                       | Realizar la oportuna atención pre hospitalaria                                                                                                                       |
| 14) Realizar informe y registro oportuno de datos críticos de los pacientes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | informar datos de los tipos de pacientes                                                                                                                   | brindar una informacion oportuna de los pacientes                                                                                                                    |
| 15) Efectuar reporte y registro de sucesos de seguridad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Registro oportuno de la seguridad                                                                                                                          | Tener una evidencia de la seguridad                                                                                                                                  |
| 16) Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos                                                                                        | dar cumplimiento a las actividades                                                                                                                                   |
| 17) Brindar trato digno, atención humana, eficaz, cálida tanto al cliente interno como externo que requiera el servicio, acorde con las obligaciones contractuales, debe brindar información clara y amplia, en terminología adecuada para el paciente y sus familiares.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | revisar Guías de manejo de atención) en los traslados de acuerdo a los despachos realizados por la central en el horario coordinado                        | Auditorias gneradas aleatoriamente en el proceso de traslado.                                                                                                        |

Angie Paola Buitrago Colorado  
1013667933  
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