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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FLOREZ RIVERA JHON JAIRO		70622
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	80932327
CORREO	jhonjairo_florez@hotmail.	CELULAR	3102470970
PROCESO:	Ambulancias y/o Secundarios		
SERVICIO:	Ambulancias y/o	UNIDAD:	Engativa

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	570116376		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3003-2020	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	585	FECHA	29/02/2020	NÚMERO DE CRP: 1	12373	FECHA	01/03/2020
NÚMERO DE CDP: 2	699	FECHA	19/03/2020	NÚMERO DE CRP: 2	14919	FECHA	20/03/2020
NÚMERO DE CDP: 3	1050	FECHA	15/05/2020	NÚMERO DE CRP: 3	20632	FECHA	15/05/2020

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA Y/O TECNÓLOGO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	05	2020		31	05	2020

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	1,727,196	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:	6,045,186
VALOR EJECUTADO:	4,847,292
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,727,196
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	1,197,894
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	80.18 %

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 $1.953.104, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
9405255912	109,800	26,400	5	0	0	136,200
	0	0		0	0	

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

JHON JAIRO FLOREZ R.

ROSSY YANETH PEÑA GARCIA	FLOREZ RIVERA JHON JAIRO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	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.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	CÓDIGO: AP-CT-F-50-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: **1** de **1**
		FECHA: 30/10/2018

ÁREA Y/O SERVICIO: **AMBULANCIAS APH - CONVENIO 1417011 DE 2020**		UNIDAD:			**USS Calle 80**		
No. DE CONTRATO: **3003-2020**	Periodo certificado:	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: **80932327**		**01/05/2020**			**31/05//2020**		
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **FLOREZ RIVERA JHON JAIRO**							
OBJETO DEL CONTRATO: **POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA - APH O TECNOLOGO EN ATENCION PREHOSPITALARIA**							
El resultado del cumplimiento del contrato es: Producto: SI ___ NO ___ Servicios: SI _**X**_ NO ___							

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	100%	Todos los equipos biomédicos que ingresaron o fueron retirados de la ambulancia para dar cumplimiento con los cronogramas de mantenimiento preventivo y/o correctivo se garantizo su limpieza y desinfección. Los guardianes permanecen en soportes fijos y rotulados. Todas las o letreros informativos dentro de la ambulancia son en material no lavable.	Registro en bitácoras y/o actas
Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	100%	Se asistió a las capacitaciones de fortalecimiento institucional y de procesos realizadas por la coordinación en los cronogramas establecidos por la misma. Se adopta la implementación tecnológica asumida por la unidad funcional de APH para el registro de los traslados y/o valoraciones realizados en ambulancia.	Actas de asistencia custodiadas por la coordinación de la unidad funcional.
1). Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes. 2). Participar en la actualización documental del servicio. 3). Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia...)	100%	Se asiste a los turnos programados los cuales son recibidos de manera presencial	Libro de novedades ambulacia
4). Realización de valoraciones y/o traslados ordenados por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. 5). Realización de maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos por indicación del médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. 6). Desarrollar las actividades programadas, en los horarios asignados, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Norte sin que estas superen las 12 horas continuas.	100%	Fueron realizadas las valoraciones y o traslados despachados desde la central del CRUE	registro de historia clínica y aplicativo C_APH
7). Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Norte E.S.E. 8). Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. 9). Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutivad en la atención Pre Hospitalaria.	100%	Se portaron los elementos de identificación aportados por la Subred, se velo por la seguridad del paciente en todas las valoraciones y/o traslados realizados	registro de historia clínica y aplicativo C_APH
10). Informe y registro oportuno de datos criticos. 11). Reporte y registro de sucesos de seguridad. 12). Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.	100%	Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizados en cumplimiento de lo estipulado en las gías y protocolos	registro de historia clínica y aplicativo C_APH
13). Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo. 14).Cumplir con las disposiciones respectivas de	100%	Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizadas garantizando la seguridad y privacidad de los pacientes	registro de historia clínica y aplicativo C_APH

seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. 15). Responder oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.			
16). Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 17). Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. 18). Registrar todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" por medio del aplicativo designado para tal fin.	100%	Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizadas aplicando las políticas de calidad garantizando la seguridad y privacidad de los pacientes, se asiste a las reuniones y capacitaciones programadas	registro de historia clínica y aplicativo C_APH, listados de asistencia
19). Capturar los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones. 20). Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos de el SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE. 21). Uso adecuado, racionalización y registro de insumos y/o medicamentos controlados o no. 22). Velar por que las áreas donde son desarrolladas las actividades permanescan en las condiciones de higiene y presentación, optimas para la prestación del servicio.	100%	Todas las valoraciones y/o traslados realizados fueron registrados en la plataforma C_APH, se asiste a realizar descargos según disposición y/o citación del área administrativa ante las posibles quejas y/o solicitudes de los usuarios	registro de historia clínica y aplicativo C_APH, listados de asistencia
23). Registro adecuado y oportuno de kardex , elaboración de inventario y pedido de insumos. 24). Verificación pre operacional del equipamiento biomedico y equipos de apoyo diagnostico. 25). Otras actividades asignadas de acuerdo al objeto del contrato y a las necesidades del servicio , las cuales pueden ser desempeñadas en cualquiera de las ambulancias Básicas o Medicalizadas de la Subred Norte E.S.E.	100%	Se alimento el formato establecido para dar seguimiento a los insumos	Formato seguimiento a rotación de insumos y medicamentos En ambulancia
TOTAL DE EJECUCIÓN:	**100%**		

OBSERVACIONES: 186Horas, Ok

Total a pagar (número y letras): **($1.727.196) UN MILLON SETECIENTOS VEINTISIETE MIL CIENTO NOVENTA Y SEIS PESOS 00MCT**

JHON JAIRO FLOREZ R. **FLOREZ RIVERA JHON JAIRO** NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: **C.C: 80932327**	Fecha: 31/05/2020 Firma de recibido supervisor: _____

Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.