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

**CONTROLES DEL CONTRATO**

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b> BARRIOS VERBEL RAUL AUGUSTO		<b>434549</b>																								
<b>TIPO DE DOCUMENTO:</b> Cedula	<b>No.:</b> 1045138018																									
<b>CORREO:</b> null	<b>CELULAR:</b> null																									
<b>PROCESO:</b> Ambulancias y/o Secundarios																										
<b>SERVICIO:</b> Ambulancias y/o		<b>UNIDAD:</b> Chapinero																								
<table border="1"> <tr> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> <th>Centro de costo</th> <th>%</th> </tr> <tr> <td>A00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	A00											
Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%															
A00																										
<b>BANCO:</b> 28	<b>TIPO CUENTA:</b> SIN CUENTA																									
<b>NUMERO CUENTA BANCARIA:</b> 0																										

**CONTROLES DEL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

<b>NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:</b> 8911-2025				<b>N° DE PAGOS DEL CONTRATO</b>			
<b>NÚMERO DE CDP: 1</b>	1473	<b>FECHA</b>	22/10/2025	<b>NÚMERO DE CRP: 1</b>	54148	<b>FECHA</b>	01/11/2025
<b>NÚMERO DE CDP: 2</b>	1912	<b>FECHA</b>	23/12/2025	<b>NÚMERO DE CRP: 2</b>	63524	<b>FECHA</b>	23/12/2025
<b>NÚMERO DE CDP: 3</b>	45	<b>FECHA</b>	08/01/2026	<b>NÚMERO DE CRP: 3</b>	2980	<b>FECHA</b>	19/01/2026
<b>NÚMERO DE CDP: 4</b>	298	<b>FECHA</b>	20/02/2026	<b>NÚMERO DE CRP: 4</b>	13278	<b>FECHA</b>	28/02/2026
<b>NÚMERO DE CDP: 5</b>	null	<b>FECHA</b>	null	<b>NÚMERO DE CRP: 5</b>	null	<b>FECHA</b>	null

**OBJETO:** MEDICO GENERAL- APH

<b>PERIODO CERTIFICADO</b>	<b>DESDE</b>	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>HASTA</b>	<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>
		01	03	2026		31	03	2026

**TIPO SERVICIOS:** Asistencial     
 **RESERVA DE GLOSA 2%:** 0

**VALOR MES:** 7,607,958     
 **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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	35,796,758
VALOR EJECUTADO:	35,510,437
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	7,321,637
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	179
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	286,321
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.20 %

**CONTROLES DE PAGOS DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

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
6006389856	358,400	458,600	5	0	0	817,000
	0	0		0	0	

**SE DESCUENTA 7 HORAS DEL 11/03/2026 POR INCIDENTE EN LA OPERACION/ ROBO DE CELULAR DEL MEDICO**

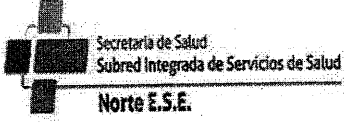
El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

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

  
**SOTELO VERDUGO ELIANA CRISTINA**  
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

  
**BARRIOS VERBEL RAUL AUGUSTO**  
 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.

	<b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	CÓDIGO: AP-CT-F-50
		VERSIÓN: 4
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 de 1
		FECHA: 07/11/2024


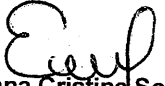
ÁREA Y/O SERVICIO: <b>AMBULANCIAS APH - CONVENIO 8523057 DE 2025</b>		UNIDAD:	<b>USS Calle 80</b>		
No. DE CONTRATO: <b>8911-2025</b>		Periodo certificado:	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: <b>ELIANA CRISTINA SOTELO</b>			<b>01/03/2026</b>		<b>31/03/2026</b>
NOMBRE DEL CONTRATISTA: <b>BARRIOS VERBEL RAUL AUGUSTO</b>		DOCUMENTO: <b>1045138018</b>			
OBJETO DEL CONTRATO: <b>POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MEDICO GENERAL- APH</b>					
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): <b>96,24%</b>					

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	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 garantizó 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
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.	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.
1. Prestar servicios profesionales como médico general del programa de Atención Prehospitalaria de la sub red integrada de Salud Norte 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 turno registrando las novedades correspondientes	Se asiste a los turnos programados los cuales son recibidos de manera presencial
2. Realizar cambio de turno de manera presencial teniendo en cuenta lo estipulado en el PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA MI-GU-P-03.	Se asiste a los turnos programados los cuales son recibidos de manera presencial
3. Despacho: 3.1 Recepción y confirmación de datos. 3.2 Supervisión del uso de elementos de seguridad. 3.3 Coordinar la elección de ruta de desplazamiento. 3.4 Reporte de novedades durante el desplazamiento.	Se portaron los elementos de identificación aportados por la Subred, se veló por la seguridad del paciente en todas las valoraciones y/o traslados realizados lo estipulado en las guías y protocolos
4. Atención del incidente: 4.1 Arribo de la escena. 4.2 Atención del paciente. 4.3 Reporte de datos. 4.4 Monitoreo continuo durante el traslado del paciente	Fueron realizadas las valoraciones y o traslados despachados desde la central del CRUE
5. Entrega del paciente: 5.1 Presentación del paciente. 5.2 Apertura de Historia Clínica. 5.3 Reporte de condición de realistamiento y disponibilidad	Todas las valoraciones y/o traslados fueron realizados en cumplimiento de lo estipulado en las guías y protocolos
6. 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.	Se asistió a las capacitaciones de fortalecimiento institucional y de procesos realizados 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.
7. Reporte de sucesos de seguridad, Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.	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
8. garantizar el diligenciamiento de la historia clínica de las valoraciones y/o traslados y la captura de los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones	Se realiza se seguimiento y control del diligenciamiento permanente con documentación completa en proforma NETUX
9. Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE	Dar respuesta oportuna a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE

las necesidades del servicio , las cuales pueden ser desempeñadas en cualquiera de las Unidades de la Subred Norte E.S.E	funcional

**Observaciones:** TRUE, 179 HORAS CERTIFICADAS Forma de pago: el valor mensual se liquidará de acuerdo al registro de tiempo operativo en la plataforma netux y el resultado de los indicadores de disponibilidad y/o cumplimiento de horas ofertadas que entrega el CRUE por mes vencido.

**TOTAL A PAGAR (Número y Letras): (7321637) SIETE MILLONES TRESCIENTOS VEINTIUN MIL SEISCIENTOS TREINTA Y SIETE M/CTE**

 <b>BARRIOS VERBEL RAUL AUGUSTO</b> <b>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL</b> <b>CONTRATISTA:</b> <b>C.C:1045138018</b>	 Fecha: 31/03/2026 Firma de recibido supervisor: <b>Eliana Cristina Sotelo</b>
Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.	

