

 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:		RAMIREZ SANTOS HANS DAVID	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	167561
CORREO	hans.17.92.hr@gmail.com	CELULAR	1032397464
PROCESO:	Ambulancias y/o Secundarios		
SERVICIO:	Ambulancias y/o		
	UNIDAD:	Engativa	
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo
	A00		
BANCO	13	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA		570099556	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		9387-2021	
Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			
NUMERO DE CDP: 1	2129	FECHA	13/10/2021
NUMERO DE CRP: 1	59677	FECHA	15/10/2021

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA O TECNOLOGO (A) EN APH											
PERIODO CERTIFICADO				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
					01	11	2021		30	11	2021
TIPO SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%				0			
VALOR MES	1,879,902			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:	7,519,608
VALOR EJECUTADO:	3,638,520
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,758,618
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	174
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	3,881,088
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	48.39 %

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 \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
1041461193	113,600	145,400	5	0	0	259,000
	0	0		0	0	

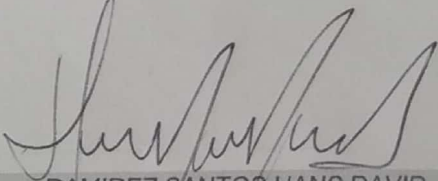
El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

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

Firmado según planilla CERTIFICADO DE PAGO DE ORDENES DE
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD del periodo Noviembre
2021

IVAN DARIO OCHOA PELAEZ

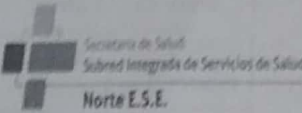
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



RAMIREZ SANTOS HANS DAVID

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.

	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 3	
			FECHA: 30/10/2018	

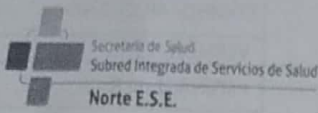
ÁREA Y/O SERVICIO: AMBULANCIAS APH - CONVENIO 2809341 DE 2021		UNIDAD: USS Calle 80		
No. DE CONTRATO: 9387 - 2021	Periodo certificado:	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 1032397464		1/11/2021		30/11/2021

NOMBRE DEL CONTRATISTA: RAMIREZ SANTOS HANS DAVID

OBJETO DEL CONTRATO: **POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA**

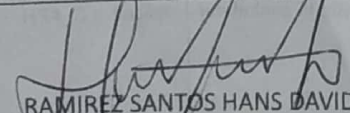
El resultado del cumplimiento del contrato es: Producto: SI NO Servicios: SI ☒ NO

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, Auditoría 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). Prestar servicios como Auxiliar de Enfermería o Tecnólogo en APH para Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, durante el tiempo de disponibilidad indicado en el requerimiento, cumpliendo con lo 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.	100%	Se asiste a los turnos programados los cuales son recibidos de manera presencial	registro de historia clínica y aplicativo C_APH
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...) 4). Realización de valoraciones y/o traslados ordenados por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. 5). Informe y registro oportuno de datos críticos 6). Reporte y registro de sucesos de seguridad 7). Capturar los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones.	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
8). 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. 9). 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. 10). Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se regularan para cabal el cumplimiento de las actividades. 11). Registrar todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20,	100%	Fueron realizadas las valoraciones y o traslados despachados desde la central del CRUE	registro de historia clínica y aplicativo C_APH

	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: 2 de 3
			FECHA: 30/10/2018

Valoraciones y Traslados" por medio del aplicativo designado para tal fin. 12). Verificación pre operacional del equipamiento biomedico y equipos de apoyo diagnostico.			
13). 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. 14). Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. 15). Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutivez en la atención Pre Hospitalaria. 16). Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo 17). Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. 18). Uso adecuado, racionalización y registro de insumos y/o medicamentos controlados o no. 19). Registro adecuado y oportuno de kardex, elaboración de inventario y pedido de insumos.	100%	Se portaron los elementos de identificación aportados por la Subred, se vela por la seguridad del paciente en todas las valoraciones y/o traslados realizados	registro de historia clínica y aplicativo C_APH
20). Responder oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. 21). Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. 22). Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. 23). 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.	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.	registro de historia clínica y aplicativo C_APH
24). 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%	se realiza limpieza y desinfeccion luego de cada atencion	Registro en bitácoras y/o actas
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	100%	se realizan actividades asignadas en dicho momento.	Formato seguimiento a rotación de insumos y medicamentos En ambulancia
	100%		
TOTAL DE EJECUCIÓN:	100%		

OBSERVACIONES: OK, VERIFICADO CON HORAS LABORADAS, 174 horas certificadas
Total a pagar (número y letras): (\$1.758.618,00) <- UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS DIECIOCHO PESOS M/C/O

 RAMIREZ SANTOS HANS DAVID NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: C.C: 1032397464	Fecha: 30/11/2021 Firma de recibido supervisor: _____
--	--

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