Periodo: Octubre 2021

Mediante el presente documento en mi calidad de supervisor (a) certifico que los contratistas registrados en este informe cumplieron con las obligaciones pactadas en el contrato de acuerdo a lo registrado en los formatos "AP-CT-F-16-05 CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS" y "AP-CT-F-50-02 INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS" y se ha verificado el pago de los aportes al Sistema de Seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales, motivo por el cual es procedente el pago de los honorarios durante el presente periodo, según se relaciona a continuación:

| Nro. Contrato | Tipo Documen | Documento | Contratista | Cargo | Centro Costos | Dias | Hora1 | Hora2 | Event o1 | Event o2 | Valor Certificado | Saldo | Factura | Orden Pago |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ANDREA | | | | | | | | | | | |
| 9120-2021 | Cedula | 1005772498 | GUTIERREZ AGUJA MARIA MYLEIDY | ENFERMERO (A) | A00 | | 96 | 0 | | | 1,872,384 | 1,271,661 | | SI |
| 9121-2021 | Cedula | 1015398608 | ZAMBRANO DIEGO ALEJANDRO | AUXILIAR DE ENFERMERIA | A00 | | 154 | 0 | | | 1,848,308 | 86,414 | | SI |
| 9123-2021 | Cedula | 1077443613 | GARCIA CASTRO DHANNYA JOHANA | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | A00 | | 112 | 0 | | | 2,856,560 | 1,254,846 | | SI |
| 9128-2021 | Cedula | 1014270441 | GODOY TELLEZ DIANA KATHERINE | AUXILIAR DE ENFERMERIA | A00 | | 112 | 0 | | | 978,544 | 3,680,024 | | SI |
| 9130-2021 | Cedula | 1020724791 | VERANO BALLESTEROS JUAN SEBASTIAN | MEDICO ESPECIALISTA - PEDIATRA | A00 | | 74 | 0 | | | 5,883,000 | 36,506,363 | | SI |
| 9131-2021 | Cedula | 52615955 | CASTAÑEDA ROMERO LAURA YESMITH | FISIOTERAPEUTA | A00 | | 112 | 0 | | | 2,184,448 | 8,215,085 | | SI |
| 9132-2021 | Cedula | 52711339 | VILLAMIL CORREALES INGRID CONSTANZA | NUTRICIONISTA | A00 | | 112 | 0 | | | 2,184,448 | 8,215,085 | | SI |
| 9133-2021 | Cedula | 1013610968 | LEON CASAS MARYURY HASBLEIDY | AUXILIAR DE ENFERMERIA | A00 | | 114 | 0 | | | 996,018 | 3,662,550 | | SI |
| 9134-2021 | Cedula | 53032589 | VALBUENA MOJICA JEIMY JULIETH | PROFESIONAL ESPECIALIZADO INCLUYE EPIDEMIOLOGIA | A00 | | 112 | 0 | | | 3,279,808 | 12,334,186 | | SI |
| 9135-2021 | Cedula | 1033776614 | GARCIA GARNICA BRYAN ANDRES | INGENIERO DE SISTEMAS | A00 | | 112 | 0 | | | 2,184,448 | 8,215,085 | | SI |
| 9136-2021 | Cedula | 53032812 | CASAS VELANDIA DEYSI PAOLA | AUXILIAR DE ENFERMERIA | A00 | | 106 | 0 | | | 926,122 | 3,732,446 | | SI |
| 9137-2021 | Cedula | 1018417759 | VILLAMIL RIAÑO | AUXILIAR DE ENFERMERIA | A00 | | 99 | 0 | | | 864,963 | 3,793,605 | | SI |
| 9138-2021 | Cedula | 28483737 | SERNA GAMARRA MARITZA | PROFESIONAL ESPECIALIZADO INCLUYE EPIDEMIOLOGIA | A00 | | 106 | 0 | | | 3,104,104 | 12,509,890 | | SI |

TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA
53105209
Supervisor
03/11/2021 11.33.54

| 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: | ZAMBRANO DIEGO ALEJANDRO | | | | | | | | | | | | 165073 |
| TIPO DE DOCUMENTO: | Cedula | | | | No. | | | | | | | | 1015398608 |
| CORREO | alejandrozambrano55@gmail | | | | CELULAR | | | | | | | | 3138440869 |
| PROCESO: | VACUNACION COVID | | | | | | | | | | | | |
| SERVICIO: | VACUNACION COVID | | | | UNIDAD: | | | | | | | | Ferias |
| CENTRO DE COSTOS | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | A00 | | | | | | | | | | | | |
| BANCO | 28 | | | | TIPO CUENTA | | | | SIN CUENTA | | | | |
| NUMERO CUENTA BANCARIA | 0 | | | | | | | | | | | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 9121-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | |
| NÚMERO DE CDP: 1 | 2071 | FECHA | 30/09/2021 | NÚMERO DE CRP: 1 | 59481 | FECHA | 07/10/2021 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
| | | | 14 | 10 | 2021 | | 31 | 10 | 2021 |
| TIPO SERVICIOS | Asistencial | | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | 0 | | |
| VALOR MES | 2,232,372 | 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: | 1,934,722 |
| VALOR EJECUTADO: | 1,848,308 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 1,848,308 |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS: | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES: | 154 |
| VALOR A LIBERAR: | 0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | 86,414 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN: | 95.53 % |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9121202110 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| | 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 período Octubre 2021

Diego A. Zambrano

**TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

**ZAMBRANO DIEGO ALEJANDRO**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Visto Bueno Jefe Dana B

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.

Escaneado con CamScanner

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS | CÓDIGO: AP-CT-F-50-02 |
|---|---|---|
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>JURIDICA | VERSIÓN: 2<br>PÁGINA : 1 DE 1<br>FECHA: 30/10/2018 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AREÁ Y/O SERVICIO: | | VACUNACIÓN COVID | | | UNIDAD: | | | Salud Publica-Pic | | |
| No. DE CONTRATO: | | 9121 - 2021 | Periodo certificado | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| DOCUMENTO: | | 1.015.398.608 | | 14 | 10 | 2021 | 31 | 10 | 2021 |

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ZAMBRANO DIEGO ALEJANDRO

OBJETO DEL CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERÍA

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___X__ NO ____ Servicios: SI ____ NO ____

| ACTIVIDADES CONTRATADAS | % EJECUTADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1. 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.<br>2. 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.<br>3- Desarrollar las acciones previstas en los planes de trabajo del proceso.<br>4- Diligenciamiento adecuado y oportuno de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos, y entrega de los mismos a revisión de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada linea.<br>5- Verificar y aplicar los lineamientos para la Vacunación de acuerdo a la pobalción objeto.<br>6- Aplicar inmunobiológico según necesidad del usuario.<br>7- Generar estrategias que permitan ofrecer un servicio de salud humanizado y con calidad a la población.<br>8- Fortalecer los procesos de notificación, canalización y la búsqueda activa institucional, así como la gestión efectiva de respuestas sectorial e interinstitucional, de acuerdo a los alcances del proceso.<br>9- Hacer entrega de los reportes, informes, bases, tableros de control y/o herramientas ofimáticas, propias de cada línea de trabajo | 100% | -Utilizar las medidas y elementos de protección personal<br>-Realizar el alistamiento de de la agenda, insumos y elementos, para el registro de las personas a vacunar durante la jornada.<br>- Recibir al usuario, solicitar el documento de identidad y verificar fecha y hora de la cita.<br>- Realizar el proceso de asesoría al usuario que se va a vacunar contra el COVID-19 para el diligenciamiento del formato del consentimiento informado.<br>- Asegurar el cumplimiento de las medidas higiénico-sanitarias.<br>- Diligenciar la plantilla de registro de vacunación por usuario.<br>- Direccionar a la persona al área de vacunación e informar que posterior a la vacunación, debe permanecer en la sala de observación el tiempo que se le indique según el biológico.<br>- Explicar el proceso de aplicación del biológico al usuario y dar recomendaciones en los cuidados post vacunales.<br>- Realizar la aplicación del biológico cumpliendo los lineamientos de vacunación segura.<br>- Realizar monitoreo de temperatura de los biológicos.<br>- Cumplir con el cronograma de limpieza y desinfección de las neveras, termos, cavas, entre otros.<br>- En la segunda dosis de vacuna (si aplica), indagar al usuario si presento algún ESAVI. S cumple con los criterios de ESAVI-grave notificar según el protocolo Nacional de ESAVI-298 del INS.<br>- Entregar el cané de vacunación ratificando la fecha de la cita para la aplicación de la segunda dosis (si se requiere). | - Entrega de productos como formato de registros de ingreso. Cumplimiento en las actividades asignadas.<br>- Cumplimiento en las actividades asignadas.<br>- Entrega de producto como formato de egresos del usuario.<br>- Entrega de productos como formato de temperatura |
| TOTAL DE EJECUCIÒN: | 100% | | |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) $ 1.848.308,00

UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS OCHO PESOS

Diego A. Zambrano

NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

ZAMBRANO DIEGO ALEJANDRO

CC. 1.015.398.608

31/10/2021

Firma del supervisor: _____

JOHANNA ANDREA TORRES RUIZ

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

Escaneado con CamScanner