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
8553-2021	Cedula	1000213299	VASQUEZ ACOSTA NICOL DAYANNA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		167	0			2,004,334	228,038		SI
8554-2021	Cedula	1116859173	NIÑO CUEVAS SANDRA YAMILE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,372	0		SI
8555-2021	Cedula	1056868195	SALAZAR GOMEZ SONIA MILENA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,372	0		SI
8556-2021	Cedula	1026596867	TORO ESTRADA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,372	0		SI
8557-2021	Cedula	1013689996	SABOGAL MOYA DANNA VALENTINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		174	0			2,088,348	144,024		SI
8558-2021	Cedula	1010162217	FIGUEREDO UMAÑA YEIMI CAROLINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,372	0		SI
8559-2021	Cedula	1012378038	MENDOZA MORA MONICA LILIANA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,372	0		SI
8561-2021	Cedula	39791726	BENITEZ MENDIVELSO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		183	0			2,196,366	36,006		SI
8562-2021	Cedula	1051316130	CRUZ PINZON BLANCA LILIANA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,372	0		SI
8563-2021	Cedula	1023966731	ALARCON OSORIO DENISSE DAYANNE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,372	0		SI
8564-2021	Cedula	1015477035	RAMIREZ VILLEGAS MARIA PAULA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,372	0		SI
8565-2021	Cedula	1010002563	BELEÑO ARDILA PAULA LORENA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,372	0		SI
8566-2021	Cedula	1019024224	GONZALEZ SUAREZ WENDY MILENA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,372	0		SI
8569-2021	Cedula	39791522	CALDERON VILLAMIL MARIA CONSUELO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,372	0		SI
8570-2021	Cedula	43253002	MOSQUERA ROMAÑA FERNANDA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,372	0		SI
8572-2021	Cedula	1000725159	JACOBO CHICO SANDY NAYIBE	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,372	0		SI

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1051316130		CRUZ PINZON BLANCA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 57 A SUR No 93 C-51 INT 8 CAS 8	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7147912	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-09	11652301137	94249300059	I	2021/10/08	2021/10/14	BANCOLOMBIA	6	$281,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
1	CC 1051316130	CRUZ BLANCA	230201	30	$908,526	$145,400	EPS017	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	54-11	30	$908,526	$22,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0

Scanned by TapScanner

Norte E.S.E.	**INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS**	CÓDIGO: AP-CT-F-50-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E JURIDICA	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 30/10/2018

AREÁ Y/O SERVICIO:		**VACUNACIÓN COVID**				**UNIDAD:**		**Salud Publica-Pic**	
No. DE CONTRATO:		**8562 - 2021**	**Periodo certificado**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
DOCUMENTO:		1.051.316.130		**1**	**10**	**2021**	**31**	**10**	**2021**

NOMBRE DEL CONTRATISTA: CRUZ PINZON BLANCA LILIANA

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. 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. 3- Desarrollar las acciones previstas en los planes de trabajo del proceso. 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. 5- Verificar y aplicar los lineamientos para la Vacunación de acuerdo a la pobalción objeto. 6- Aplicar inmunobiológico según necesidad del usuario. 7- Generar estrategias que permitan ofrecer un servicio de salud humanizado y con calidad a la población. 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. 9- Hacer entrega de los reportes, informes, bases, tableros de control y/o herramientas ofimáticas, propias de cada linea de trabajo	100%	**1.Participar en capacitaciones, socializaciones y realización de cuentas módulos con temas de calidad.** **2. Acompañamiento del paciente al momento de realizar su consentimiento en el área de registro y diligenciamiento de dicho formulario** **3. Acompañamiento del usuario en el área de vacunación, patinadora, manejo adecuado del proceso de vacunación, para cada usuario, manejo de carnets, observación post vacunación.** **4. Digitar PAI.**	**1.Cumplimiento en las actividades asignadas** **2.Entrega de productos como formatos de consentimientos, desecho de residuos después de cada jornada laboral, con perfecto manejo de bioseguridad. Conservación de cadena de frio, según lineamientos y registro diario de temperatura a la hora de entrega de biológicos** **3.Entrega de carnets.** **4.Cumplimiento digitacion**
TOTAL DE EJECUCIÓN:	**100%**		

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) **$ 2.232.372,00**

DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

Liliana Cruz P. — **31/10/2021**

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

CRUZ PINZON BLANCA LILIANA

CC 1.051.316.130

Firma del supervisor:

JOHANNA ANDREA TORRES RUIZ

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

Scanned by TapScanner

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:	CRUZ PINZON BLANCA LILIANA		164950
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1051316130
CORREO	lilitails@hotmail.com	CELULAR	3205644367
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	12	TIPO CUENTA	AHORROS
NUMERO CUENTA BANCARIA	8480317398		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	8562-2021	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	1406	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44989	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1721	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	50452	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2040	FECHA	30/09/2021	NÚMERO DE CRP: 3	58505	FECHA	30/09/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2268	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 4	60587	FECHA	27/10/2021

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	10	2021		31	10	2021

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	2,232,442	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:	8,929,488
VALOR EJECUTADO:	8,929,488
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,232,372
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

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
9424930059	113,600	145,400	3	22,200	0	281,200
	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 Octubre 2021

TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Liliana Cruz P.
CRUZ PINZON BLANCA LILIANA
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.

Scanned by TapScanner