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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JACOBO CHICO SANDY NAYIBE		180072
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1000725159
CORREO	sandychico102@hotmail.com	CELULAR	3217701063
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:	8572-2021			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	1406	FECHA	01/07/2021	NÚMERO DE CRP: 1	44968	FECHA	15/07/2021
NÚMERO DE CDP: 2	1721	FECHA	25/08/2021	NÚMERO DE CRP: 2	50433	FECHA	25/08/2021
NÚMERO DE CDP: 3	2040	FECHA	30/09/2021	NÚMERO DE CRP: 3	58512	FECHA	30/09/2021
NÚMERO DE CDP: 4	2268	FECHA	27/10/2021	NÚMERO DE CRP: 4	60594	FECHA	27/10/2021
NÚMERO DE CDP: 5	2447	FECHA	22/11/2021	NÚMERO DE CRP: 5	66665	FECHA	22/11/2021
NÚMERO DE CDP: 6	157	FECHA	18/01/2022	NÚMERO DE CRP: 6	7152	FECHA	18/01/2022

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	01	2022		31	01	2022

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:	15,698,616
VALOR EJECUTADO:	15,698,616
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
9429046550	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 Enero 2022

TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JACOBO CHICO SANDY NAYIBE
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.

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-SO-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:	8572 - 2021	Periodo certificado	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
DOCUMENTO:	1.000.725.159		1	01	2022	31	01	2022

NOMBRE DEL CONTRATISTA: JACOBO CHICO SANDY NAYIBE

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 línea. 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 línea de trabajo	100%	Utilizar las medidas y elementos de protección personal. • Realizar alistamiento de la agenda, insumos y elementos, para el registro de las personas a vacunar durante jornada. • Recibir al usuario, solicitar el documento de identidad y verificar fecha y hora de la cita. • Desarrollar el proceso de asesoría al usuario que se va a vacunar contra el COVID-19 para el diligenciamiento del formato del consentimiento informado. • Asegurar el cumplimiento de las medidas higiénico-sanitarias. • direccionar a la persona al área de vacunación e informar que posterior a la vacuna, debe permanecer en sala de observación el tiempo que se le indique según el biológico. • explicar el proceso de aplicacion del biológico al usuario y dar recomendaciones en los cuidados post vacunales. • Realizar la aplicacion del biológico cumpliendo los lineamientos de vacunación segura. • Realizar monitoreo de temperatura de los biológicos. • Cumplir con el cronograma de limpieza y desinfección de las neveras, termos, cavas entre otros. • En la segunda dosis de la vacuna (si aplica), indagar al usuario si presento algún ESAVI. Si cumple con los criterios de ESAVI-grave notificar según el Protocolo Nacional de ESAVI-298 del INS. • Entregar el carnet de vacunación ratificando la fecha de la cita para la aplicacion de la segunda dosis (si se requiere)	• Cumplimiento en las actividades asignadas. Entrega de productos como formato de registro de ingreso. • Cumplimiento en las actividades asignadas. • Entrega de productos como formato de egreso del usuario. • Entrega de productos como formato de temperatura.
TOTAL DE EJECUCIÒN:	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

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JACOBO CHICO SANDY NAYIBE

CC 1.000.725.159

31/01/2022

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

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
C 1000725159		JACOBO CHICO SANDY NAYIBE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 93 D79-40SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
021-12	2021-12	39146343	9429046550	I	2022/01/17	2022/01/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	$281,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$22,200	$0	$0	$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$281,200	$0	$0	$281,200

Escaneado con CamScanner

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
C 1000725159		JACOBO CHICO SANDY NAYIBE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 93 D79-40SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
021-12	2021-12	39146343	9429046550	1	2022/01/17	2022/01/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	$281,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	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	1000725159	JACOBO SANDY	230301	30	$908,526	$145,400	EPS002	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-11	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

Escaneado con CamScanner

Periodo: Enero 2022

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
				ENFERMERIA										
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		186	0			2,232,372	0		SI
8562-2021	Cedula	1051316130	CRUZ PINZON BLANCA LILIANA	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
8573-2021	Cedula	36294194	LOPEZ VELA MAGNOLIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,372	0		SI
8574-2021	Cedula	1020820221	SUAREZ PINTO JHON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,372	0		SI
8575-2021	Cedula	1023040471	NIETO RINCON CLAUDIA NATHALY	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,372	0		SI
8576-2021	Cedula	1020765171	HENRIQUEZ BUESAQUILLO EDWIN	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		177	0			2,124,354	108,018		SI
8577-2021	Cedula	20351866	ORDOÑEZ BERNAL LUZ MARINA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	A00		186	0			2,232,372	0		SI
8578-2021	Cedula	52206573	ROMERO MONTAÑA	AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	0		SI

TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA
53105209
Supervisor
01/02/2022 07:52:15

Escaneado con CamScanner