Periodo: Febrero 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
0677-2022	Cedula	1051316130	CRUZ PINZON BLANCA LILIANA	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	4,464,744		SI
0678-2022	Cedula	1015477035	RAMIREZ VILLEGAS MARIA PAULA	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	4,464,744		SI
0679-2022	Cedula	1010002563	BELEÑO ARDILA PAULA LORENA	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	4,464,744		SI
0680-2022	Cedula	1019024224	GONZALEZ SUAREZ WENDY MILENA	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	4,464,744		SI
0681-2022	Cedula	39791522	CALDERON VILLAMIL MARIA CONSUELO	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	4,464,744		SI
0682-2022	Cedula	1000725159	JACOBO CHICO SANDY NAYIBE	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	4,464,744		SI
0683-2022	Cedula	36294194	LOPEZ VELA MAGNOLIA	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	4,464,744		SI
0684-2022	Cedula	1020820221	SUAREZ PINTO JHON	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	4,464,744		SI
0685-2022	Cedula	1023040471	NIETO RINCON CLAUDIA NATHALY	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	4,464,744		SI
0686-2022	Cedula	1020765171	HENRIQUEZ BUESAQUILLO EDWIN	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	4,464,744		SI
0687-2022	Cedula	20351866	ORDOÑEZ BERNAL LUZ MARINA	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	4,464,744		SI
0688-2022	Cedula	52206573	ROMERO MONTAÑA HASBLEIDY	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	4,464,744		SI
0689-2022	Cedula	52063958	LEON SANCHEZ	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	4,464,744		SI
0690-2022	Cedula	1057186271	QUEMBA QUEMBA JOSE	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	4,464,744		SI
0691-2022	Cedula	1031178764	VELASCO PATIÑO PAULA LIZETH	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	4,464,744		SI
0692-2022	Cedula	1007761195	RUIZ AGUDELO DANNA GABRIELA	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	4,464,744		SI

TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA
53105209
Supervisor
28/02/2022 17.21.31

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:	CRUZ PINZON BLANCA LILIANA												
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula				No.								184911
CORREO	lilitails@hotmail.com				CELULAR								1051316130
PROCESO:	Programas y AISP												3205644367
SERVICIO:	Programas y AISP				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												
NUMERO CUENTA BANCARIA	8480317398				TIPO CUENTA				AHORROS				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0677-2022			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	169	FECHA	20/01/2022	NÚMERO DE CRP: 1	9116	FECHA	31/01/2022

OBJETO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	02	2022		28	02	2022
TIPO SERVICIOS	Asistencial							
VALOR MES	2,232,372	VALOR LETRAS			RESERVA DE GLOSA 2%		0	

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:	6,697,116
VALOR EJECUTADO:	2,232,372
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:	4,464,744
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	33.33 %

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
9429928692	125,000	160,000	3	24,400	0	309,400
	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.

ado 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 Febrero 2022

TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

BLANCA CRUZ PINZON

CRUZ PINZON BLANCA LILIANA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

a: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

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
		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:	**677 - 2022**	**Periodo certificado**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
DOCUMENTO:	1.051.316.130		**1**	**02**	**2022**	**28**	**02**	**2022**

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 proplos 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%	**1. Participar en capacitaciones, socializaciones y realizacion de encuestas y módulos con temas de calidad.** **2. Acompañamiento del paciente al momento de realizar su consentimiento en el área de registro y diligenciamiento de consentimiento.** **3. Acompañamiento del usuario al área de vacunacion, patinadora 1** **4. Manejo adecuado del proceso de vacunacion para cada usuario, vacunadora.** **5. seguimiento al usuario en el area de post-vacunacion, manejo de carnets, observadora.**	**1. Cumplimiento en las actividades asignadas.** **2. Entrega de productos como formato de registro e ingresos** **3. Cumplimiento en las actividades asignada.** **4. Cumplimiento en las actividades asignadas.** **5. entrega de productos como formato de egreso del usuario.**
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

BLANCA C. CRUZ PINZON

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CRUZ PINZON BLANCA LILIANA

CC. 1.051.316.130

28/02/2022

Firma del supervisor:

JOHANNA ANDREA TORRES RUIZ

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

en línea

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
2022-01	2022-01	1325125711	9429928692	I	2022/02/08	2022/02/14	BANCO DAVIVIENDA	6	$309,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$160,000	$0	$0	$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,400	$0	$0	$24,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$24,400	$0	$0	$24,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL				1	$309,400	$0	$0	$309,400

2022/02/14 07:51 AM

en línea

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
2022-01	2022-01	1325125711	9429928692	I	2022/02/08	2022/02/14	BANCO DAVIVIENDA	6	$309,400

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	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
1	CC	1051316130	CRUZ BLANCA	230201	30	$1,000,000	$160,000	EPS017	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,000,000	$24,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0

2022/02/14 07:51 AM