Periodo: Abril 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
				DE ENFERMERIA										
0670-2022	Cedula	1033754233	DIAZ RODRIGUEZ ANGELA MARCELA	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	0		SI
0671-2022	Cedula	1116859173	NIÑO CUEVAS SANDRA YAMILE	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	0		SI
0674-2022	Cedula	1010162217	FIGUEREDO UMAÑA YEIMI CAROLINA	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	0		SI
0675-2022	Cedula	1012378038	MENDOZA MORA MONICA LILIANA	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	96,016		SI
0677-2022	Cedula	1051316130	CRUZ PINZON BLANCA LILIANA	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	0		SI
0678-2022	Cedula	1015477035	RAMIREZ VILLEGAS MARIA PAULA	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	0		SI
0680-2022	Cedula	1019024224	GONZALEZ SUAREZ WENDY MILENA	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	0		SI
0681-2022	Cedula	39791522	CALDERON VILLAMIL MARIA CONSUELO	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	0		SI
0682-2022	Cedula	1000725159	JACOBO CHICO SANDY NAYIBE	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	216,036		SI
0686-2022	Cedula	1020765171	HENRIQUEZ BUESAQUILLO EDWIN	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	0		SI
0687-2022	Cedula	20351866	ORDOÑEZ BERNAL LUZ MARINA	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	0		SI
0690-2022	Cedula	1057186271	QUEMBA QUEMBA JOSE	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	0		SI
0691-2022	Cedula	1031178764	VELASCO PATIÑO PAULA LIZETH	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	0		SI
0692-2022	Cedula	1007761195	RUIZ AGUDELO DANNA GABRIELA	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	0		SI
0693-2022	Cedula	33625198	AMORTEGUI FONSECA ADRIANA MARIA	TECNICO I - AUXILIAR DE	A00		186	0			2,232,372	0		SI
0694-2022	Cedula	1001297067	RAMOS GARAY KAREN	TECNICO I -	A00		186	0			2,232,372	0		SI

TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA
53105209
Supervisor
27/04/2022 15.30.08

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										194106	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula			No.		1051316130						
CORREO	lilitails@hotmail.com			CELULAR		3205644367						
PROCESO:	Programas y AISP											
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			TIPO CUENTA		AHORROS						
NUMERO CUENTA BANCARIA	8480317398											

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	04	2022		30	04	2022	
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:	6,697,116
VALOR EJECUTADO:	6,697,116
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
9432669751	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.

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 Abril 2022

TORRES RUIZ JOHANNA ANDREA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

BLANCA CRUZ PINZON

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.

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:		0677	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO:		1.051.316.130		1	04	2022	30	04	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 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 linea de trabajo	100%	**Utilizar las medidas y elementos de proteccion personal.** **Realizar alista miento de la agenda ,insumos y elementos para el registro de las personas a vacunar durante la jornada.** **Recibir al usuraio, solicitar el dicumento de identidad y verificar fecha y hora de la cita.** **Desarrorar el proceso de asesoria al usuario que se va ha vacunar contra el COVID-19 para el diligenciamineto del formato.** **Asegurar el cumplimiento de las medidas higienicosanitarias.** **Direccionar a la persona alo atea de vacunacion e informar que porterior a la vacuna, debe pèrmanecer en sala de observacion el tiempo que se indique segun el Biologico.** **Explicar el proceso de la aplicacion del Biologico al usuario y dar recomendaciones en los cuidados post vacunales.** **Realizar la aplicacion del Biologico cumpliendo los lineamientos de vacunacion segura.** **Realizar monitoreo de temperatura de los Biologicos.** **Cumplir con el cronograma de limpieza y desinfeccion de las neveras, termos cavas etre otro.** **En la segunda dosis de la vacuna (si aplica), idagar al usuario si presento alguan EAPV. si cumple con los EAPV-grave notiofricar segun el protocolo Nacional de EAPV-298 del INS. Entregar carnets de vacunacion ratificando la fecha de l acita de la segunda dosis (si se requiere).**	**Cumplimenrto de las acctividas asignadas.** **Entrega de productos de registro de ingreso.** **Entrega de productos como formatos de egreso del usuario** **Entrega de productos como formatos de tempretatura**
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 CRUZ PINZON

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

CRUZ PINZON BLANCA LILIANA

CC. 1.051.316.130

30/04/2022

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
2022-03	2022-03	1405255156	9432669751	I	2022/04/08	2022/04/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$309,400

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	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

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
2022-03	2022-03	1405255156	9432669751	I	2022/04/08	2022/04/08	BANCO DAVIVIENDA	0	$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