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:	JACOBO CHICO SANDY NAYIBE		194109
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1000725159
CORREO	sandychico102@hotmail.com	CELULAR	3217701063
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	28	TIPO CUENTA	SIN CUENTA
NUMERO CUENTA BANCARIA	0		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0682-2022			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	169	FECHA	20/01/2022	NÚMERO DE CRP: 1	9121	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:	6,481,080
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:	216,036
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	96.77 %

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
9432882453	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:

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-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:	0682	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO:	1.000.725.159		1	04	2022	30	04	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 PROTECCION PERSONAL REALIZAR ALISTAMIENTO DE LA AGENDA INSUMOS Y ELEMENTOS PARA EL REGISTRO DE LAS PERSONAS A VACUNAR DURANTE LA JORNADA RECIBIR AL USUSARIO SOLICITAR EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y FERIFICAR FECHA Y HORA DE LA CITA DESARROLLAR EL PROCESO DE ASESORIA AL USUSARIO QUE SE VA A VACUNAR CONTRA COVID 19 PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ASEGUARAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS HIGIENICOSANITARIO DIRECCIONAR ALA PERSONA AL AREA DE VACUNACION E INFORMAR QUE POSTERIOR ALA VACUNA DEBE PERMANECER EN SALA DE OBSERVACION EL TIEMPO QUE SE LE INDIQUE SEGUN EL BOLOGICO EXPLICAR EL PROCESO DE APLICACION DEL BILOGICO AL USUARIO Y DAR RECOMENDACIONES EN LOS CUIDADOS POS VACUNALES REALIZAR LA APLICACION DEL BIOLOGICO CUMPLIENDO LOS ALINEAMIENTOS DE VACUNACION SEGURA REALIZAR MONITOREO DE TEMPERATUIRA DE LOS BILOGICOS CUMPLIS CON EL CRONOGRAMA DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LAS NEVERAS TERMOS CAVAS ENTRE OTROS ENTREGAR EL CARNET DE VACUNACION RATIFICANDO LA FECHA DE LA CITA ÀRA LA APLICACION DE LA SEGUNDA DOSIS SI LA REQUIERE.	CUMPLIMIENTO EN NLAS ACTIVIDADES ASIGNADAS ENTREGA DE PRODUCTOS COMO FORMATO DE REGISTRO DE INGRERSO CUMPLIEMINEOT DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADA ENTREGA DE PRODUCTOS CIOMO 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, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JACOBO CHICO SANDY NAYIBE

CC. 1.000.725.159

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.

Escaneado con CamScanner

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 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
2022-03	2022-03	1000000110	9432882453	I	2022/04/18	2022/04/12	BANCO BOGOTA	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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL				1	$309,400	$0	$0	$309,400

Escaneado con CamScanner

en línea

TOS GENERALES DEL APORTANTE

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

TOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
ensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2-03	2022-03	1000000110	94328882453	1	2022/04/18	2022/04/12	BANCO BOGOTA	0	$309,400

QUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
ño.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
ucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
ntro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0
udad: 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	1000725159	JACOBO SANDY	230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS002	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,000,000	$24,400	0	$0	$0
otal Afiliados(1)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$24,400		$0	$0

Escaneado con CamScanner