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:	CARRANZA BARON ALDEMAR STEVEN		308911
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1020783722
CORREO	ascb25@hotmail.com	CELULAR	3012297064
PROCESO:	GESTION DEL RIESGO - PIL		
SERVICIO:	GESTION DEL RIESGO - PIL	UNIDAD:	Ferias

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FERV07-											

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:	5792-2023			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				
NÚMERO DE CDP: 1	1553	FECHA	26/06/2023	NÚMERO DE CRP: 1	33586	FECHA	08/07/2023
NÚMERO DE CDP: 2	1740	FECHA	26/07/2023	NÚMERO DE CRP: 2	39925	FECHA	01/08/2023
NÚMERO DE CDP: 3	1894	FECHA	24/08/2023	NÚMERO DE CRP: 3	40609	FECHA	24/08/2023
NÚMERO DE CDP: 4	1899	FECHA	28/08/2023	NÚMERO DE CRP: 4	41896	FECHA	28/08/2023
NÚMERO DE CDP: 5	2108	FECHA	18/10/2023	NÚMERO DE CRP: 5	49488	FECHA	18/10/2023
NÚMERO DE CDP: 6	2251	FECHA	21/11/2023	NÚMERO DE CRP: 6	54591	FECHA	22/11/2023
NÚMERO DE CDP: 7	160	FECHA	24/01/2024	NÚMERO DE CRP: 7	10773	FECHA	24/01/2024
NÚMERO DE CDP: 8	210	FECHA	09/02/2024	NÚMERO DE CRP: 8	17875	FECHA	09/02/2024

OBJETO: MEDICO GENERAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	01	2024		31	01	2024

TIPO SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	6,458,292	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:	51,526,893
VALOR EJECUTADO:	51,314,738
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	6,633,711
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	189
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	212,155
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.59 %

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
74048040	323,000	413,400	3	63,000	0	799,400
	0	0		0	0	

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Sandra

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Aldemar S Carranza B

CARRANZA BARON ALDEMAR STEVEN
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.

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,

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Aldemar J Carranza Barón
CARRANZA BARON ALDEMAR STEVEN
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 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO:	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD			UNIDAD:		Salud Publica-Pic		
No. DE CONTRATO:	5792- 2023	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
			1	1	2024	31	1	2024
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ							
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ALDEMAR STEVEN CARRANZA BARÓN							
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios como PROFESIONAL ESPECIALIZADO II dentro de	DOCUMENTO:	1020783722					
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100 %								

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Realizar la convocatoria para 220 personas (profesionales de la salud, psicosociales y/o comunitarios) relacionados con los Puntos de Intervención Integral para el Abordaje de Personas que se Inyectan Drogas-PID y la Red de Cuidado Colectivo para la formación en la Estrategia Aguanta Cuidarse	En este mes, no realizo convocatoria, ya que se realizaron ajustes a las presentaciones de la formacion ACTA N. 1.
2. Desarroliar el proceso de formación para 220 personas (profesionales de la salud, psicosociales y/o comunitarios) relacionados.	Se realizaron ajustes a las presentaciones, la actividad se encuentra en fase de alistamiento ACTA N. 1
3. Seguir los manuales.	Se realiza seguimiento de los manuales
4. Realizar aplicación pretest de prueba de conocimiento. . Llevar listados de participación en cada una de las jornadas de entrenamiento.	Se llevaron acabo ajustes en el pretest y postest que seran tomados durante la formacion. ACTA N. 4.
5. Seguir la agenda propuesta y respetar los horarios de descanso y alimentación.	En este periodo no se realizo esta actividad ya que nos encontramos en fase de alistamiento
6. Realizar aplicación postest de prueba.	Se llevaron acabo ajustes en el pretest y postest que seran tomados durante la formacion. ACTA N. 4
7. Aplicar encuesta de satisfacción.	En este periodo no se realizo esta actividad ya que nos encontramos en fase de alistamiento
8. Plan de trabajo concertado con el Equipo de Salud Mental (PID)	En este periodo no se realizo acompañamiento a los puntos PID
9. Búsqueda activa de usuarios Consumidores de heroína y otras drogas inyectadas, (recorridos de calle y/o articulación con dispositivos comunitarios para la identificación de usuarios) para la activación de la Ruta Integral de Atención en Salud.	En este periodo no se realizaron recorridos ya que nos encontramos en fase de alistamiento
10.Formación sobre la prevención y el manejo de sobredosis con entrega de naloxona (kit atención de sobredosis) en el entorno comunitario y/o institucional.	Se realizaron modificaciones a la presentacion de manejo de la sobredosis. ACTA N. 1
11. Llevar listados de participación y entrega de kit de atención de sobredosis en la jornada de entrenamiento,	En este periodo no se han realizado formaciones ya que nos encontramos en fase de alistamiento
12. Realizar aplicación pre y postest de la prueba de conocimiento. Realizar cierre y concertar las acciones para la supervisión y el seguimiento del entrenamiento, Adicional a las descritas en el requerimiento, el cual hace parte integral del presente contrato, el contratista deberá: a) Realizar el proceso de inducción programado por la Dirección de Talento Humano	En este periodo no se han realizado formaciones ya que nos encontramos en fase de alistamiento

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	$ 6.633.711	SEIS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS ONCE PESOS M/CTE

Aldemar Carranza B.

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ALDEMAR STEVEN CARRANZA BARON

cc. 1.020.783.722

31 1 2024

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE

Firma de recibido supervisor:

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificaci[illegible]e expida el supervisor.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1020783722	ALDEMAR STEVEN CARRANZA BARON	CALLE 167 56 25	8024948	ascb25@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	18/01/2024	74048040	$806.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	323.000	0		0		0	9	2.700	0	325.700	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	413.400	0	0	0	0	9	3.400	0	416.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	63.000				63.000	9	600	63.600			630	63.600	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	323.000	325.700
Pensión	1	413.400	416.800
Riesgos Laborales	1	63.000	63.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	799.400	806.100

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información