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: 31/7/2023

ÁREA Y/O SERVICIO: ENTORNO COMUNITARIO				**UNIDAD:**		**Salud Publica-Pic**		
No. DE CONTRATO: 5792-2023	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR: Sandra Bocarejo		**1**	**7**	**2023**	**31**	**7**	**2023**
Aldemar Steven Carranza Baron	**1020783722**						

Objeto del contrato: Prestar servicios como PROFESIONAL ESPECIALIZADO II dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución

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	20%	En estevperiodo no se ha iniciado esta actividad. Fase de alostamiento.	No aplica
2. Desarrollar el proceso de formación para 220 personas (profesionales de la salud, psicosociales y/o comunitarios) relacionados.	0%	En estevperiodo no se ha iniciado esta actividad. Fase de alostamiento.	No aplica
3. Seguir los manuales.	0%	Apropiacion conceptual, para elnadecuado desarrollonde lanestrategia.	Actas de apropiacion conceptual
4. Realizar aplicación pretest de prueba de conocimiento.	0%	En estevperiodo no se ha iniciado esta actividad. Fase de alostamiento.	No aplica
5. Llevar listados de participación en cada una de las jornadas de entrenamiento.	0%	En estevperiodo no se ha iniciado esta actividad. Fase de alostamiento.	No aplica
6. Seguir la agenda propuesta y respetar los horarios de descanso y alimentación.	0%	En estevperiodo no se ha iniciado esta actividad. Fase de alostamiento.	No aplica
7. Realizar aplicación postest de prueba.	0%	En estevperiodo no se ha iniciado esta actividad. Fase de alostamiento.	No aplica
8. Aplicar encuesta de satisfacción.	0%	En estevperiodo no se ha iniciado esta actividad. Fase de alostamiento.	No aplica
9. Plan de trabajo concertado con el Equipo de Salud Mental (PID)	0%	Fase de alistamiento, según portafolio articulacion en el mes de agosto.	No aplica
10 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.	0%	Fase de alistamiento.	No aplica
11. Formación sobre la prevención y el manejo de sobredosis con entrega de naloxona (kit atención de sobredosis) en el entorno comunitario y/o institucional.	0%	Fase de alistamiento.	No aplica
12. Llevar listados de participación y entrega de kit de atención de sobredosis en la jornada de entrenamiento,	0%	Fase de alistamiento.	No aplica
13. 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	0%	Fase de alistamiento.	No aplica
	100%		

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) ($4,317,177) CUATRO MILLONES TRECIENTOS DIESCISIETE MIL CIENTO SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE

Aldemar Carranza B

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ALDEMAR STEVEN CARRANZA BARON CC: 1020783722

Firma de recibido supervisor: SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

Fecha : 31/7/2023

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

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		276766
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	%
	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:	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

OBJETO:	MEDICO GENERAL								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		01	07	2023		31	07	2023	
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:	6,458,292
VALOR EJECUTADO:	4,317,177
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	4,317,177
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	123
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	2,141,115
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	66.85 %

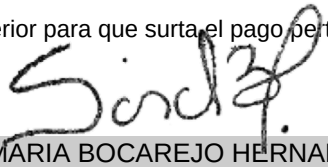
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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.

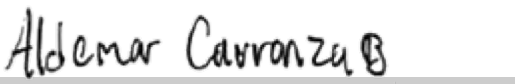
PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
2023075792	0	0	3	0	0	0
	0	0		0	0	

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,



SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



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.