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:	CARRANZA BARON ALDEMAR STEVEN		304044
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

OBJETO: MEDICO GENERAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	12	2023		31	12	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:	44,874,852
VALOR EJECUTADO:	44,856,522
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	6,458,216
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	184
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	184
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	18,330
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	99.96 %

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
73242077	323,000	413,400	3	63,000	0	0
	0	0		0	0	0

Cargado en Gestion Th - ID No. 1779 Valor Hora 35099 Cantidad Horas 184 Valor mes 6458292 Cant Dias 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

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNÁNDEZ
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.

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: GESTION DEL RIESGO				UNIDAD:		Salud Pública - Plc		
No. DE CONTRATO: 5792-2023	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ		1	12	2023	31	12	2023	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ALDEMAR STEVEN CARRANZA BARON	DOCUMENTO: 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. 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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
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.	Participar en capacitaciones,socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad
3. 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 4. Desarrollar el proceso de formación para 220 personas (profesionales de la salud, psicosociales y/o comunitarios) relacionados. 5. Seguir los manuales. 6. Realizar aplicación pretest de prueba de conocimiento. . Llevar listados de participación en cada una de las jornadas de entrenamiento. 7. Seguir la agenda propuesta y respetar los horarios de descanso y alimentación. 8. Realizar aplicación postest de prueba. 9. Aplicar encuesta de satisfacción. 10. Plan de trabajo concertado con el Equipo de Salud Mental (PID) 11. 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. 12. Formación sobre la prevención y el manejo de sobredosis con entrega de naloxona (kit atención de sobredosis) en el entorno comunitario y/o institucional. 13. Llevar listados de participación y entrega de kit de atención de sobredosis en la jornada de entrenamiento, 14. 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	3.En este mes, no realizo convocatoria, se completo un total de 293 personas pre inscritas en el forms, asignado por la SDS. Se realizo el informa final de la aplicacion de la estrategia, se llevo acabo la gestion de entrega de maletas 4. En este periodo ya se tenia el 100% de la metodologia de la presentación de Formación de la Estrategia. 5. Se realiza seguimiento de los manuales 6. se realizo la revision estadistica de los resultados obteniendo personas a certificar y quienes no alcanzaron el requisito 7. En este periodo se realizó aplicación del pretest al iniciar cada taller de la formación se verifico la realizacion del mismo para determinar las personas a cetificar 8. En este periodo se realizó aplicación del postest al terminar cada taller de la formaciónse verifico la realizacion del mismo para determinar las personas a cetificar 9. En este periodo se realizó aplicación de la encuesta de satisfacción al terminar la formación con cada grupo según cronograma. se verifico la realizacion del mismo para determinar las personas a cetificar 10. No se realizó acompañamiento a los puntos PID de la Subred Norte. 11. En este periodo no se realizaron recorridos. 12.Se han realizado formaciones en estrategia aguanta cuidadrse dando cumplimiento a la programación en la casa del LGBTIQ SEBASTIAN ROMERO de Teusaquillo, 1/11/2023.; 2/11/2023; 3/11/2'023; 7/11/2023; 8/11/2023; 9/11/2023; 10/11/2023; 14/11/2023; 15/11/2023; 16/11/2023; 17/11/2023; 20/11/2023; 22/11/2023; 23/11/2023; 24/11/2023; 27/11/2023 29/11/2023; y 30/11/2023. 13. Se han tomado listados en las formaciones y se a realizado entrega de kits de NALOXONA. 14. En este periodo se realizo pre y post test. No se ha realizado seguimiento.

OBSERVACIONES: N/A

TOTAL A PAGAR : SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL DOCIENTOS DIECISEIS PESOS M/CTE (6.458.216)

Aldemar S Carranza B

ALDEMAR STEVEN CARRANZA BARON
CC. 1020783722

Firma de recibido:
SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
Fecha :31/12/2023

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que 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