| 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 | | 312418 |
| 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 | 4 | 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 | 02 | 2024 | | 29 | 02 | 2024 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | 0 |
| VALOR MES | 6,652,041 | 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: | 51,508,563 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: | 6,652,041 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 74696089 | 332,700 | 425,800 | 3 | 64,900 | 0 | 823,400 |
| | 0 | 0 | | 0 | 0 | |

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

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Aldemar S 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.

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.

| 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 | 2 | 2024 | 29 | 2 | 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 nos encontramos en busqueda de articulaciones ACTA N. 9. |
| 2. Desarrollar el proceso de formación para 220 personas (profesionales de la salud, psicosociales y/o comunitarios) relacionados. | La actividad se encuentra en fase de alistamiento ACTA N. 9 |
| 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. | Actividad se encuentra en fase de alistamiento, Verificación de directorio institucional para espacios de concertaciones, ACTA N. 10 |
| 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. | Actividad se encuentra en fase de alistamiento, Verificación de directorio institucional para espacios de concertaciones, ACTA N. 10 |
| 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 realizo acompañamiento a formacion en sobredosis en el Centro de Autocuidado Liberia . ACTA N. 11 |
| 11. Llevar listados de participación y entrega de kit de atención de sobredosis en la jornada de entrenamiento, | Se llevaron listados de participacion y de entrega de Kit de atencion en sobredosis ACTA N .11 |
| 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:<br>a) Realizar el proceso de inducción programado por la Dirección de Talento Humano | Se realizo aplicación de pre test y postest en la formacion de sobredosis , donde se realizo acompañamiemto en el centro de autocuidado Liberia ACTA N. 11 |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) $ 6.652.041 SEIS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CUARENTA Y UN PESOS M/CTE

Aldemar S Carranza Barón

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ALDEMAR STEVEN CARRANZA BARON

CC. 1.020.783.722

29 2 2024

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE

Firma de recibido supervisor:

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ

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 | |
| 2024-01 | 2024-01 | I | 12/02/2024 | 74696089 | $827.200 | |

## 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 | 332.700 | 0 | | 0 | | 0 | 5 | 1.500 | 0 | 334.200 | 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 | 425.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 2.000 | 0 | 427.800 | 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 | 64.900 | | | | 64.900 | 5 | 300 | 65.200 | | | 649 | 65.200 | 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 | 332.700 | 334.200 |
| Pensión | 1 | 425.800 | 427.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 64.900 | 65.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 823.400 | 827.200 |

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

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 | |
| 2024-01 | 2024-01 | I | 12/02/2024 | 74696089 | $827.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | INS | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1020783722 | CARRANZA BARON ALDEMAR STEVEN | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2,660,816 | 425,800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 2,660,816 | 332,700 | 14-11 | 2,660,816 | 3 | 64,900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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