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		329475
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
NÚMERO DE CDP: 9	387	FECHA	20/03/2024	NÚMERO DE CRP: 9	21153	FECHA	21/03/2024
NÚMERO DE CDP: 10	629	FECHA	20/05/2024	NÚMERO DE CRP: 10	30764	FECHA	20/05/2024
NÚMERO DE CDP: 11	809	FECHA	20/06/2024	NÚMERO DE CRP: 11	null	FECHA	21/06/2024

OBJETO: MEDICO GENERAL

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	05	2024		31	05	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:	78,116,727
VALOR EJECUTADO:	78,116,727
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:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

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

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

Aldemar Carranza B.

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ	CARRANZA BARON ALDEMAR STEVEN
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	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.

77073743	332,700	425,800	3	64,900	0	823,400
	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,

Aldemar Carranza B.

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ	CARRANZA BARON ALDEMAR STEVEN
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	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 RIESCO EN SALUD**					**UNIDAD:**	**Salud Publica-Pic**		
No. DE CONTRATO:	**5792- 2023**	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ**		**1**	**5**	**2024**	**31**	**5**	**2024**
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	Se realiza presentacion de proyecto en la Feria de emprendedores parque Prado Pinzon Acta N.29
2. Desarrollar el proceso de formación para 220 personas (profesionales de la salud, psicosociales y/o comunitarios) relacionados.	Se realiza formacion Aguanta Cuidarse en la Universidad Cooperativa de Colombia Actas N. 16 y 19 Formacion en la casa de la juventud localidad de Fontibon Actas N . 21, 23 y 26 Formacion en la Fundacion Fundar Actas N 28, 29, 30 y 31 Formacion Gestores de confianza fue cancelada. Acta N. 33
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 realiza aplicacion de pre test en cada formacion, se llevan listados de asistencia
5. Seguir la agenda propuesta y respetar los horarios de descanso y alimentación.	Se realiza seguimiento de la agenda propuesta en las actividades concertadas, se brinda espacio de toma de refrigerio.
6. Realizar aplicación postest de prueba.	Se realiza aplicacion de post test en cada formacion
7. Aplicar encuesta de satisfacción.	Se aplica encuesta de satisfaccion al finalizar la formacion.
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 realizo recorrido en calle.
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.	En este periodo no se realizan formaciones en atencion de sobredosis.
11. Llevar listados de participación y entrega de kit de atención de sobredosis en la jornada de entrenamiento,	Se llevan listados de las Formaciones en atencion de sobredosis.
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	Se aplica pre y pos test en cada una de las formaciones realizadas.

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 Carranza B.	**31 5 2024**
NOMBRE COMPLETO, CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:	**DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE**
ALDEMAR STEVEN CARRANZA BARON	Firma de recibido supervisor:
CC. 1.020.783.722	**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	
2024-04	2024-04	I	14/05/2024	77073743	$827.600	

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	6	1.700	0	334.400	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	6	2.100	0	427.900	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	6	400	65.300			649	65.300	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	334.400
Pensión	1	425.800	427.900
Riesgos Laborales	1	64.900	65.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	823.400	827.600

PAGADA

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	
2024-04	2024-04	I	14/05/2024	77073743	$827.600	

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	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	0

PAGADA

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