**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA N°7 / 2024**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E NIT:**

**900.959.048-4**

**DEBE A:**

**EMILCE FABIOLA BOHORQUEZ BARAJAS**

**CC. 52087309 DE BOGOTÁ**

La suma de: UN MILLON SETECIENTOSMIL M/CTE. ($1´700,000), por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencias en el área de convenios de la Dirección de Gestión del Riesgo, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional. Durante el periodo de 01 al 31 de AGOSTO del 2024 de conformidad a lo establecido en el contrato de prestación de servicios N -1141-2024



**EMILCE FABIOLA BOHORQUEZ BARAJAS**

**CC. 52087309 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCO**

**BANCOLOMBIA**

**91239590786**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-08-16, 10:33:11 A. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1065212482

Periodo Cotización: julio de 2024 Periodo Servicio: julio de 2024 Referencia pago 8810560878

PAGADA 16/08/2024

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | EMILCE FABIOLA BOHORQUEZ BARAJAS | | |
| Documento | CC52087309 | Dirección | CR 97 #20 - 36 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3124967883 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | ÚNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | POSITIVA DE SEGUROS |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte Sena | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 52087309 | EMILCE FABIOLA BOHORQUEZ BARAJAS | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $1.300.000 | $208.000 | (EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD | $1.300.000 | $162.500 | 2.436 | $1.300.000 | $31.700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $402.200 |

## III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades,licencias,saldos a Favor) | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $1.300.000 | $1.300.000 | $1.300.000 | $0 | $208.000 | $162.500 | $31.700 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $402.200 | $3.500 | $405.700 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Emilce Fabiola Bohorquez Barajas | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52087309 | |
| CORREO ELECTRONICO: | emilcebohorquez123@gmail.com | | | | CELULAR: | 3124967883 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | U C S Entidad en territorio USS PABLO VI BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | PA16V01-2 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 91239590786 | | | | PENSIONADO | NO | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1141 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 1743 | FECHA | 2024-07-22 14:02:56.000 | NÚMERO DE CRP | 44924 | FECHA | 2024-07-31 16:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | GESTOR COMUNITARIO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-07-01 | | 2024-07-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,700,000 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 0% | | N/A | | | |

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 EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $10,200,000 |
| VALOR EJECUTADO | $10,200,000 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,700,000 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

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 $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1064499044 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez
20888182
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

# CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos con veracidad, calidad, oportunidad y transparencia, dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción según lineamientos del convenio suscrito con Enterritorio para implementar el modelo de promoción y prevención y de acceso al diagnóstico de VIH con enfoque comunitario en población clave (HSH, TRANS Y TS) mencionadas a continuación: | se realizan actividades a cabalidad segun mi perfil profesional deacuerdo con lo establecido por los lineamientos del programa calidad y oportunidad enfatizado en la poblacion clave | Registro Fotografico |
| 2. Realizar la promoción, oferta de servicios de pruebas de VIH y entrega de información relacionada a la población clave (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), personas Transgénero (TRANS), personas que ejercen trabajo sexual (TS) y migrantes venezolanos), en la ciudad de Bogotá y su área conurbada, bajo condiciones de confidencialidad y manejo de residuos, cumpliendo con la normatividad vigente (Resolución 1314 de 2020). | realizacion de promocion y oferta de pruebas VIH con las diferentes actividades, socializaciones y programas dirigidos a poblacion clave siguiendo reglamentos de resolucion segun la ley | Formato entrega de paquetes |
| 3. Participar en la construcción de las fichas técnicas metodológicas de las actividades del convenio. | realizacion participacion de la planeacion de las fichas tecnicas para el desarrollo de metodologias para las actividades del convenio | Registro fotografico |
| 4. Asistir al 100% de las actividades programadas por la coordinación del convenio, que incluyen: jornadas de planeación, elaboración de cronogramas, entrega de inventarios, diligenciamiento de formatos de supervisión, entrega de formatos SISCOSS y retroalimentación de ajustes. | realizacion de cronograma y asistencia al 100% realizando ajustes e informe de estos a supervisor deacuerdo la los formatos | Registro fotografico |
| 5. Asistir al 100% de las jornadas incluidas en el cronograma, para la entrega de paquetes de servicios de prevención y oferta de pruebas de VIH. | realizacion de jornadas segun cronograma establecido para entrega de paquetes y toma de pruebas rapidas al 100% | Formato entrega de paquetes y Formato toma de muestras |
| 6. Acompañar los procesos de agendamiento y promoción de los puntos de atención habilitados en la ciudad para la oferta de servicios de promoción y prevención de VIH y Brindar información relacionada previo a la toma y lectura de pruebas rápidas de VIH | realizacion de acompañamiento durante las actividades dirigidas a poblacion clave, brindar charla pre y pos realizacion prueba rapida deacuerdo a Diagnostico | Registro fotografico |
| 7. Toma y lectura de pruebas rápidas de VIH a población clave de acuerdo con el algoritmo diagnóstico vigente en el pais. | realizacion de toma de prueba y lectura segun lo establecido en la ley | Formato toma de muestras y registro fotografico |
| 8. Garantizar la firma de consentimiento informado, tanto para la realización de las pruebas como para el seguimiento del usuario en caso de tener diagnóstico positivo. | firma de concentimiento y formato antes de realizar toma de prueba rapida | Formato toma de muestras y Formato entrega de paquetes |
| 9. Manejo adecuado de los residuos biológicos según lineamientos de la Subred. | desecho de residuos y manejo de los mismos segun lineamientos de la sub red | se llevo el manejo adecuado de lo residuos |
| 10. Adoptar las estrategias necesarias para constatar que la información de contacto suministrada por el usuario sea correcta. | verificacion de informacion de contacto de pacientes | se revisaron las pg necesarias para verificación de datos |
| 11. Adopiar estrategias que reduzcan la probabilidad de repetición de personas alcanzadas en la realización de pruebas rápidas de VIH, realizar verificación del drive. | verificacion de bases de datos google Drive para evitar duplicados en entrega de paquetes y toma de pruebas . | drive de inf de los usuarios |
| 12. Diligenciar adecuadamente los formatos definidos por ENTerritorio | diligenciamiento de formatos segun induccion recibida | Formato Entrega de paquetes |
| 13. Participar en los procesos de planeación de actividades para el cumplimiento de metas | realizacion de procesos para planeacion de las actividades segun la meta | Registro fotografico |
| 14. Cumplir con los lineamientos para el manejo, control y seguimiento de los insumos suministrados por ENTerritorio. | diligenciamiento y firma de la entrega de suministros para el realizamiento de las actividadees programadas | formatos de entrega de insumos |
| 15. Realizar el uso adecuado y responsable de los elementos visibilización e identificación (chalecos, carné, etc.) suministrados por ENTerritorio. | porte y uso adecuado de prendas y documentos de identificacion del convenio | se le da un adecuado manejos a los elementos suministrados por enterritorio |
| 16. Custodiar los formatos físicos y base (s) de datos de los participantes en actividades, en términos de confidencialidad en el marco del convenio. | custodia de formatos protegiendo identidad e informacion suministrada por el usuario | Formato Entrega de paquetes y formato toma de muestra |
| 17. Desarrollar las demás actividades que les sean recomendadas y contribuyan al logro de las metas del proyecto. | desarrollo de las actividades programadas o sugeridas para el cumplimiento de metas | cronogramas |
| 18. Participar activamente en las capacitaciones y otras reuniones de tipo técnico-científicas o administrativas a las que sea invitado por parte de ENTerritorio. | participacion de actividades y capacitaciones programadas por enterritorio o la red suroccidente | listado de asistencia |
| 19. Apoyar en la formulación de estrategias locales para el abordaje a población clave y para mejorar el seguimiento y adherencia al tratamiento antirretroviral en los casos encontrados como positivos y que fueron canalizados para tratamiento. | formulacion y participacion de actividades diregidas a poblacion clave | cronograma y formato de toma de muestras |
| 20. Informar a los usuarios sobre estrategias de prevención combinada y rutas para su acceso identificadas en la ciudad. | entrega de informacion y enrutamiento de estrategias de prevencion conbinada | información medios digitales y formato de entrega de paquetes |
| 21. Brindar información sobre encuestas de valoración del riesgo de VIH y acompañar en su diligenciamiento a los usuarios que lo requieran. | Se Brindo información sobre encuestas de valoración del riesgo de VIH y acompaño en su diligenciamiento a los usuarios que lo requieran | se entrega folleto lúdico autotest |
| 22. Activación y canalización de rutas a los servicios de salud correspondientes de acuerdo a la necesidad de la población. | canalizacion y activacion de rutas segun el requerimiento o necesidad del usuario | Formato Entrega de Paquetes y Formato Toma de muestras |

Copia Certificada Subred Suroccidente

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez
20888182
Supervisor

---

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente