aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1018469854 | | MOLINA GUTIERREZ DAVID LEONARDO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 90 D SUR # 1-32 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-08 | 2024-08 | 897269716 | 9472606906 | I | 2024/09/12 | 2024/09/09 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $402,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1018469854 | MOLINA DAVID | 230301 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS017 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,300,000 | $31,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1018469854 | | MOLINA GUTIERREZ DAVID LEONARDO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 90 D SUR # 1-32 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-08 | 2024-08 | 897269716 | 9472606906 | I | 2024/09/12 | 2024/09/09 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $402,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $402,200 | $0 | $0 | $402,200 |

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA N°8 / 2024

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**E.S.ENIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

DAVID LEONARDO MOLINA GUTIERREZ

CC. 1018469854 DE BOGOTÁ

La suma de: DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE. ($2.450.000), 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 1 al 30 de SEPTIEMBRE de 2024 de conformidad a lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 1124-2024



DAVID LEONARDO MOLINA GUTIERREZ

CC.1018469854 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS

BANCO DAVIVIENDA

570474170014044

| 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: | David Leonardo Molina Gutierrez | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1018469854 | |
| CORREO ELECTRONICO: | davidlmolina@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3152886892 | |
| 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: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570474170014044 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1124 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 1920 | FECHA | 2024-08-30 14:53:02.000 | NÚMERO DE CRP | 53780 | FECHA | 2024-08-31 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-08-01 | | 2024-08-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,450,000 | | | | |
| 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: | $17,150,000 |
| VALOR EJECUTADO | $17,150,000 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,450,000 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9470550396 | $980,000 | $122,500 | $156,800 | 3 | $23,873 | $303,173 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto 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 |
|---|---|---|
| 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 realiza diligenciamiento de formatos toma de pruebas rapidas segun lineamientos, realizacion de prueba confirmatoria y canalizacion de ser necesario | consentimientos informados , canalizaciones |
| 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) | se realiza actividades dirigidas a población clave según ficha técnica convenio, se realiza cumplimiento de resoluciones de ley | se entregan formatos con calidad y oportunidad |
| Participar en la construcción de las fichas técnicas metodológicas de las actividades del convenio. | se Participa en actividades según la ficha técnica del convenio | listados de asistencia |
| 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 | se asiste a actividades programadas por coordinador de convenio para implementacion y mejora del programa y actividades | listados de asistencia |
| 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 | se asiste a las jornadas incluidas en el cronograma,, entrega y bruebas rapidas. | listados de asistencia registro fotografico |
| 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 | se realiza acompañamiento | actas y listados |
| Toma y lectura de pruebas rápidas de VIH a población clave de acuerdo con el algoritmo diagnóstico vigente en el pais | se realiza lectura de resultados a población clave de acuerdo con el algoritmo diagnóstico vigente en el pais | consentimientos informados , canalizaciones |
| 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. | se diligencia y firma consentimiento informado antes de realizar toma de prueba rápida y seguimiento de pacientes reactivos | formatos debidamente diligenciados |
| Manejo adecuado de los residuos biológicos según lineamientos de la Subred | serealiza el Manejo adecuado de los residuos biológicos según lineamientos de la Subred. | listados |
| . Adoptar las estrategias necesarias para constatar que la información de contacto suministrada por el usuario sea correcta. | serealiza verificacion en adres y comprovador de derechos | diligenciamiento de formatos |
| Adopiar estrategias que reduzcan la probabilidad de repetición de personas alcanzadas en la realización de pruebas rápidas de VIH, realizar verificación del drive | se verifica en el drive para no generar duplicidad | retroalimentacion del drive |
| Diligenciar adecuadamente los formatos definidos por ENTerritorio | diligencia adecuadamente miento de formatos entrega paquetes, consentimiento informado y canalización | formatos debidamente diligenciados con calidad y oportunidad |
| Participar en los procesos de planeación de actividades para el cumplimiento de metas | se participa con el gestor para realizar la planeacion de actividades | listados de asistencia |
| Cumplir con los lineamientos para el manejo, control y seguimiento de los insumos suministrados por ENTerritorio. | diligencia miento de formatos para el control y seguimiento de insumos entregados para laactividades | actas y listados |
| Realizar el uso adecuado y responsable de los elementos visibilización e identificación (chalecos, carné, etc.) suministrados por ENTerritorio | se realiza el uso adecuado y responsable de los elementos chalecos y carnet en los diferentes espacios | registro fotografico |
| Custodiar los formatos físicos y base (s) de datos de los participantes en actividades, en términos de confidencialidad en el marco del convenio | se custodian los formatos físicos y bases de datos de los participantes en actividades, en términos de confidencialidad en el marco del convenio. | bases y formatos |
| Desarrollar las demás actividades que les sean recomendadas y contribuyan al logro de las metas del proyecto. | se desarollan actividades que contribuyen al logro de metas | tomas de pruebas de vih |
| Participar activamente en las capacitaciones y otras reuniones de tipo técnico-científicas o administrativas a las que sea invitado por parte de ENTerritorio | se participa en las actividades programadas por enterritorio | listados de asistencia |
| 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 | realización de estrategias para abordar población clave, asesoría y acompañamiento permanente | canalizaciones |
| . Informar a los usuarios sobre estrategias de prevención combinada y rutas para su acceso identificadas en la ciudad | se brinda información y enrizamiento de estrategias de prevención combinada manejadas por el programa | diligenciamiento de formato de canalizacion |
| Brindar información sobre encuestas de valoración del riesgo de VIH y acompañar en su diligenciamiento a los usuarios que lo requieran | se realiza acompañamiento y diligencia miento de encestas de valoración de riesgo de vih | diligenciamiento de formato de canalizacion |
| Activación y canalización de rutas a los servicios de salud correspondientes de acuerdo a la necesidad de la población | se realiza direcccionamiento y canaliza a rutas a los servicios de salud correspondientes a población objeto | diligenciamiento de formato de canalizacion |

Copia Controlada 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