

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA N°12 / 2025
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CRISTIAN FABIAN CALDERON SANCHEZ
CC. 1024549681 DE BOGOTÁ

La suma de DOS MILLONES CUATROSCIENTOS 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 31 de Enero del 2025 de conformidad a lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°,1120-2024.

CRISTIAN CALDERON

CRISTIAN FABIAN CALDERON
SANCHEZ
CC.1024549681 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL
NUMERO 24084489900



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-01-02, 09:17:10 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1068676822

Periodo Cotización: diciembre de 2024

Periodo Servicio: diciembre de 2024

Referencia pago (PIN): 8810044125

PAGADO 02/01/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CRISTIAN FABIAN CALDERON SANCHEZ		
Documento	CC1024549681	Dirección	CR 11A #18 - 33 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3008884332
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total										
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SIN	IGE	UMC	AVP	AGP	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias 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 1024549681	CRISTIAN FABIAN CALDERON SANCHEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	\$ 1.300.000	\$ 208.000	(EPS017) FAMILIAR EPS	\$ 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) EPS	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	\$ 0	\$ 402.200

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión 3

Fecha de aprobación 2/15/2018

Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Cristian fabian Calderón sanchez					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1024549681		
CORREO ELECTRONICO:	crcalderon1024@gmail.com			CELULAR:	3008884332		
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 CAJA SOCIAL S.A.			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24084489900			PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	1120			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	164	FECHA	2025-01-20 17:27:32.000	NÚMERO DE CRP	5674	FECHA	2025-01-20 18:10:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-01-01		2025-01-31		
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:	\$29,400,000
VALOR EJECUTADO	\$29,400,000
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
1068676822	\$980,000	\$122,500	\$156,800	3	\$23,873	\$303,173

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Mónica María Peña Osorio
52960209
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

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 el respectivo cumplimiento	Ubicación de sitio
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 el respectivo proceso	Consentimiento informado
Participar en la construcción de las fichas técnicas metodológicas de las actividades del convenio.	Se realiza la participación	Fichas técnicas
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 asistió a las actividades	Listado 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 asistió a las actividades	Listado de asistencia y evidencia fotográfica
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 el respectivo proceso	Evidencia fotográfica e ubicación
Toma y lectura de pruebas rápidas de VIH a población clave de acuerdo con el algoritmo diagnóstico vigente en el país.	Se realiza el respectivo proceso	Formato resultado prueba VIH
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 realiza el respectivo proceso	Consentimiento informado
Manejo adecuado de los residuos biológicos según lineamientos de la Subred.	Se realizó el respectivo trámite	Formato de residuos
Adoptar las estrategias necesarias para constatar que la información de contacto suministrada por el usuario sea correcta.	Se realiza la verificación	Páginas de verificación (ADRES)
Adoptar estrategias que reduzcan la probabilidad de repetición de personas alcanzadas en la realización de pruebas rápidas de VIH, realizar verificación del drive.	Se realiza la verificación	DRIVE
Diligenciar adecuadamente los formatos definidos por ENTerritorio	Se realizó el diligenciamiento correcto	Consentimiento informado
Participar en los procesos de planeación de actividades para el cumplimiento de metas	Se asistió a las actividades	Evidencia fotográfica y listados de asistencia
Cumplir con los lineamientos para el manejo, control y seguimiento de los insumos suministrados por ENTerritorio.	Se realizó el respectivo cumplimiento	Formato de entrega de insumos
Realizar el uso adecuado y responsable de los elementos visibilización e identificación (chalecos, carné, etc.) suministrados por ENTerritorio.	Se realizó el respectivo uso	CARNET
Custodiar los formatos físicos y base (s) de datos de los participantes en actividades, en términos de confidencialidad en el marco del convenio	Se realizó la respectiva custodia	Carpeta archivadora
Desarrollar las demás actividades que les sean recomendadas y contribuyan al logro de las metas del proyecto.	Se realizaron las actividades	Ubicación de sitios
Participar activamente en las capacitaciones y otras reuniones de tipo técnico-científicas o administrativas a las que sea invitado por parte de ENTerritorio.	Se hizo la participación	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	Se realizó el apoyo	Ubicación de sitios
Informar a los usuarios sobre estrategias de prevención combinada y rutas para su acceso identificadas en la ciudad	Se brindó la información	Código QR
Brindar información sobre encuestas de valoración del riesgo de VIH y acompañar en su diligenciamiento a los usuarios que lo requieran.	Se brindó la información	Consentimiento informado
Activación y canalización de rutas a los servicios de salud correspondientes de acuerdo a la necesidad de la población	Se hizo el respectivo proceso	Se hizo la canalización

Mónica María Peña Osorio
52960209
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