DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 1/2025

LA SUBRED INTEGRADADESERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E

NIT 900.959.048-4

DEBE A:

JUANPABLOMUÑOZ CORREA

C.C1000494564 DE BOGOTÁ

La suma DE TOTAL A PAGAR DOS MILLONES SEICIENTOSCINCUENTA MIL PESOS M/CTE. ($ 2.650.000)

por concepto de Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Proyectos y convenios, 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 de acuerdo al requerimiento institucional., durante el periodo de 01 al 28 de febrero 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°928-2025.



JUANPABLO MUÑOZ CORREA

C.C 1000494564 DE BOGOTÁ

CUENTADEAHORROS BANCOLOMBIA

NÚMERO 94402920178

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 1000494564		JUAN PABLO MUÑOZ CORREA	INDEPENDIENTE	Principal	Cra 52a #178-25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3133475	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1263578845	9480972718	I	2025/02/17	2025/02/13	NEQUI	0	$440,500

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	1000494564	MUÑOZ JUAN	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$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 1000494564		JUAN PABLO MUÑOZ CORREA	INDEPENDIENTE	Principal	Cra 52a #178-25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3133475	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1263578845	9480972718	I	2025/02/17	2025/02/13	NEQUI	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

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:	Juan Pablo Muñoz Correa						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1000494564	
CORREO ELECTRONICO:	juanmunox23@gmail.com				CELULAR:	3133475150	
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	94402920178				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	928			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	148	FECHA	2025-01-20 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	15863	FECHA	2025-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-02-01		2025-02-28		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,650,000				
TIPO DE SERVICIOS	PIC	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:	$9,716,667
VALOR EJECUTADO	$2,650,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,650,000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$7,066,667
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	27%

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
9480972718	$980,000	$122,500	$156,800	3	$23,873	$303,173

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero 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

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 realizaron las actividades designadas bajo los lineamientos del Convenio, con enfoque en población clave.	Evidencia fotográfica, entrega de formatos,toma de pruebas
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 realizo la oferta de servicios para población clave de acuerdo a las localidades bajo condiciones de confidencialidad . Evidencia fotográfica, entrega de formatos,toma de prueba	Evidencia fotográfica, entrega de formatos,toma de prueba
Participar en la construcción de las fichas técnicas metodológicas de las actividades del convenio.	Realización y lectura de las fichas técnicas metodológicas de las actividades del convenio.	Fichas metodólogica
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 todas las actividades programadas de acuerdo al convenio.	Entrega de formatos SISCOSS,Evidencia fotográfica, asistencia jornada
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 todas las actividades programadas de acuerdo al cronograma semanal	Entrega de formatos SISCOSS, Evidencia fotográfica, asistencia jornadas, cronograma
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 participo de las jornadas articuladas para la oferta de servicios de promoción y prevención de VIH	Evidencia fotográfica, asistencia jornadas, cronograma, actas
Toma y lectura de pruebas rápidas de VIH a población clave de acuerdo con el algoritmo diagnóstico vigente en el pais	Se realiza la lectura del resultado de pruebas rápida de VIH a población clave .	Entrega de formatos SISCOSS, Evidencia fotográfica
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.	Explicación y lectura del consentimiento informado.	entrega de formatos SISCOS
Manejo adecuado de los residuos biológicos según lineamientos de la Subred.	Disposición de residuos generados en la operación .	Entrega de residuos rotulados
Adoptar las estrategias necesarias para constatar que la información de contacto suministrada por el usuario sea correcta.	Verificación de la información suministrada por los usuarios .	Entrega de formato SISCO con calidad de los dato
Adopiar estrategias que reduzcan la probabilidad de repetición de personas alcanzadas en la realización de pruebas rápidas de VIH, realizar verificación del drive.	Verificación del drive para evitar duplicidades .	Drive, verificación de formato
Diligenciar adecuadamente los formatos definidos por ENTerritorio .	Diligenciamiento de los formatos de prueba rápida.	Entrega de formato SISCO con calidad del dato.
Participar en los procesos de planeación de actividades para el cumplimiento de metas .	Participación y realización del cronograma de actividades para el cumplimiento de metas.	Cronograma
Cumplir con los lineamientos para el manejo, control y seguimiento de los insumos suministrados por ENTerritorio.	Entrega semanal de insumos no utilizados en las actividades.	Insumos, planilla de insumos
Realizar el uso adecuado y responsable de los elementos visibilización e identificación (chalecos, carné, etc.) suministrados por ENTerritorio.	Portar los elementos suministrados por Enterritorio con uso adecuado.	Evidencia fotográfica
Custodiar los formatos físicos y base (s) de datos de los participantes en actividades, en términos de confidencialidad en el marco del convenio.	Entrega de formatos semanales con calidad del dato.	formato SISCO con calidad del dato
Desarrollar las demás actividades que les sean recomendadas y contribuyan al logro de las metas del proyecto.	Entrega de formato SISCO con calidad del dato.	Actas, Evidencia fotográfica
Participar activamente en las capacitaciones y otras reuniones de tipo técnico-científicas o administrativas a las que sea invitado por parte de ENTerritorio.	Participación de las reuniones concertadas por coordinadora del convenio .	Actas, Evidencia fotográfica
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.	fomular actividades para el cumplimiento de metas.	Actas, correos, cronograma
Informar a los usuarios sobre estrategias de prevención combinada y rutas para su acceso identificadas en la ciudad.	Se realiza socialización de estragetias de prevención para VIH .	Actas, Evidencia fotográfica
Brindar información sobre encuestas de valoración del riesgo de VIH y acompañar en su diligenciamiento a los usuarios que lo requieran.	No aplica	No Implementado
Activación y canalización de rutas a los servicios de salud correspondientes de acuerdo a la necesidad de la población.	Canalización de rutas a los servicios de salud correspondientes	Formato de canalizaciones

Copia Certificada Subred Suroccidente

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