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

DEBE A:
ALIX YUSELY MOSQUERA PEREA
1076822532
CONDOTO-CHOCÓ

La suma de ($ **1.549.108**) **UN MILLON QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTO OCHO PESOS**, por concepto de servicios AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO 1 en el área de Dirección de Gestión del Riesgo en Salud - Convenio Interadministrativo 7826628-2025 durante el periodo del **14 AL 31 DE JULIO** del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°- **4076-2025**

Alix Mosquera

ALIX YUSELY MOSQUERA PEREA
1076822532 DE CONDOTO-CHOCÓ
CUENTAS DE AHORRO BANCO BOGOTÁ
450193016

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de JULIO y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo la supervisión.



ANDREA JULIETH RODRIGUEZ CASTELBLANCO
COORDINADORA CONVENIO 7826628-2025

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Última Actualización: 21-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ALIX YUSELY MOSQUERA PEREA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1076822532 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección DG 99 SUR 9 39 **Teléfonos** 3104831394 6411456

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ASLY SALOME OROBIO MOSQUERA	1140929290	Hijo(a)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	ALIX YUSELY MOSQUERA PEREA
Identificación:	1076822532
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	alixyuselym@gmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	21/07/25

ARL

sura

Medellín, 22 de julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que ALIX YUSELY MOSQUERA PEREA con documento de identidad C1076822532, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E con NIT N900959048.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código CT	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-07-22	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	EN COBERTURA

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 1076822532		MOSQUERA PEREA ALIX YUSELY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	dg99sur#09-39	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
2025-06	2025-06	1615540038	9488322112	I	2025/07/08	2025/07/09	NEQUI	1	$294,100

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)					$949,000	$151,900			$949,000	$118,700			$0	$0			$949,000	$23,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$949,000	$151,900			$949,000	$118,700			$0	$0			$949,000	$23,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$949,000	$151,900			$949,000	$118,700			$0	$0			$949,000	$23,200		$0	$0
1	CC	1076822532	MOSQUERA ALIX	230301	20	$949,000	$151,900	EPS002	20	$949,000	$118,700		0	$0	$0	14-11	20	$949,000	$23,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$949,000	$151,900			$949,000	$118,700			$0	$0			$949,000	$23,200		$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 1076822532		MOSQUERA PEREA ALIX YUSELY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	dg99sur#09-39	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
2025-06	2025-06	1615540038	9488322112	I	2025/07/08	2025/07/09	NEQUI	1	$294,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$151,900	$100	$0	$152,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$151,900	$100	$0	$152,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,200	$100	$0	$23,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$23,200	$100	$0	$23,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$118,700	$100	$0	$118,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$118,700	$100	$0	$118,800
TOTAL				1	$293,800	$300	$0	$294,100

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ALIX YUSELY MOSQUERA PEREA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1076822532	
CORREO ELECTRONICO:	alixyuselym@gmail.com				CELULAR:	3104831394	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U C S CONVENIO 7826628 - SECRETARIA DE EDUCACION				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09V07-10	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	450193016				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4076			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1502	FECHA	2025-07-14 15:28:22.000	NÚMERO DE CRP	32048	FECHA	2025-07-16 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2025-07-14		2025-07-31
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		$1,549,108		

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:	$11,572,794
VALOR EJECUTADO	$5,649,704
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,549,108
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5,923,090
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	49%

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
9488322112	$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 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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. Efectuar, bajo la directriz de la IED asignada el seguimiento de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiológico en articulación con el equipo ERI de la Subred	1. Efectuar, bajo la directriz de la IED asignada el seguimiento de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiológico en articulación con el equipo ERI de la Subred	Formato de la Institución
2. Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote epidemiológico según recomendación del grupo ERI	2. Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote epidemiológico según recomendación del grupo ERI	Acta y registro fotográfico de seguimiento
3. Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevención de enfermedades transmisibles en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el rector(a) del colegio o su delegado	3. Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevención de enfermedades transmisibles en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el rector(a) del colegio o su delegado	Piezas comunicativas
4.Actuar como apoyo ante situaciones críticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED	4.Actuar como apoyo ante situaciones críticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED	Ninguna
5. Adelantar acciones pedagógicas para la promoción de estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento específico de la DBE (alimentación saludable, actividad física, accidentalidad escolar y movilidad segura e implementar estrategias, acciones y proyectos de la estrategia de promoción del bienestar, en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas con el rector (a) o su delegado	5. Adelantar acciones pedagógicas para la promoción de estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento específico de la DBE (alimentación saludable, actividad física, accidentalidad escolar y movilidad segura e implementar estrategias, acciones y proyectos de la estrategia de promoción del bienestar, en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas con el rector (a) o su delegado	Piezas comunicativas
6. Apoyar las campañas concertadas que lleve a cabo la SDS en la IED6. Apoyar las campañas concertadas que lleve a cabo la SDS en la IED asignada asignada6. Apoyar las campañas concertadas que lleve a cabo la SDS en la IED asignada	6. Apoyar las campañas concertadas que lleve a cabo la SDS en la IED asignada	Ninguno
7.Apoyar a los comités de riesgos escolares , movilidad escolar ,alimentación, tienda escolar y convivencia ,cuando sean convocados	7.Apoyar a los comités de riesgos escolares , movilidad escolar ,alimentación, tienda escolar y convivencia ,cuando sean convocados	actas y registro de asistencia
8. Apoyar el comité de gestión de riesgo y emergencias escolares salud y a la brigada escolar institucional en las actualizaciones de los planes escolares de gestión de riesgo, emergencia y cambio climático	8. Apoyar el comité de gestión de riesgo y emergencias escolares salud y a la brigada escolar institucional en las actualizaciones de los planes escolares de gestión de riesgo, emergencia y cambio climático	Ninguno
9.Actuar como apoyo al primer respondiente en caso de accidentes escolares, conforme a lo establecido en el artículo 131 del código penal colombiano y acorde con lo establecido en la ruta de accidentes escolares de la SED en coordinación y colaboración del primer respondiente del colegio	9.Actuar como apoyo al primer respondiente en caso de accidentes escolares, conforme a lo establecido en el artículo 131 del código penal colombiano y acorde con lo establecido en la ruta de accidentes escolares de la SED en coordinación y colaboración del primer respondiente del colegio	formato IED ,reporte aula virtual
10. Realizar reporte diario de las actividades realizadas en la IED	10. Realizar reporte diario de las actividades realizadas en la IED	Ingreso al aula virtual
11.Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED	11.Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED	Ingreso al aula virtual
12.Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual, junto con la evidencia de su desarrollo, según las matrices o esquemas solicitados para este fin	12.Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual, junto con la evidencia de su desarrollo, según las matrices o esquemas solicitados para este fin	Plan mensual de trabajo
13.cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en las fechas y hora indicada por la subred	13.cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en las fechas y hora indicada por la subred	Informes mensuales

Copia Controlada Subred Suroccidente

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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