Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
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	

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	937			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1968	FECHA	2025-09-25 14:53:17.000	NÚMERO DE CRP	40108	FECHA	2025-09-29 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	GESTOR COMUNITARIO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-09-01		2025-09-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,857,760				
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:	$14,862,080
VALOR EJECUTADO	$14,862,080
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,857,760
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
1075046905	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre 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. 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

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA N° 8/ 2025

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 OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS
M/CTE. ($1´857,760), 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 30 de SEPTIEMBRE del 2025 de conformidad a lo establecido en el contrato de prestación de servicios N -937-2025



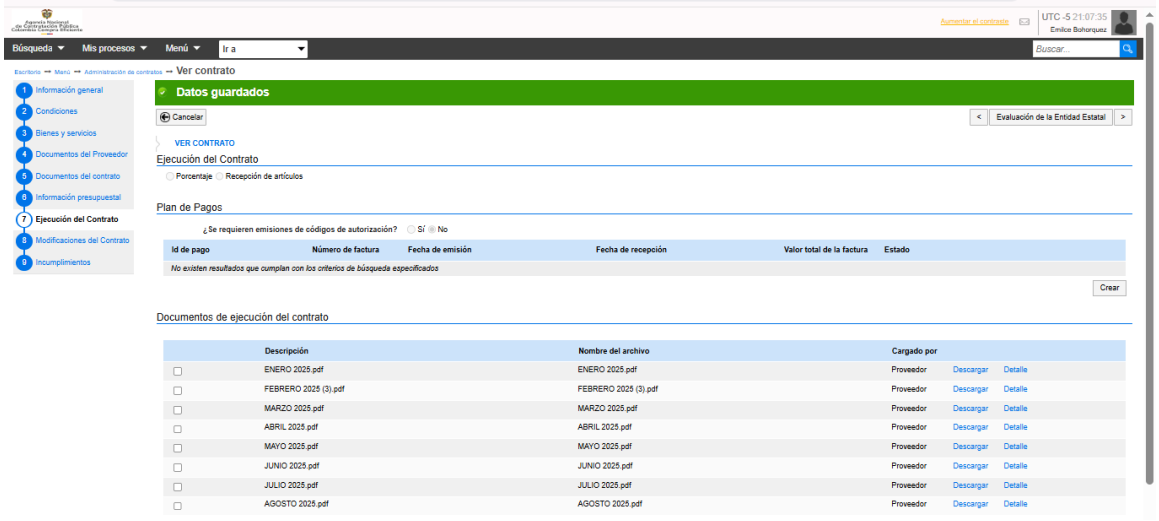
EMILCE FABIOLA BOHORQUEZ BARAJAS

CC. 52087309 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO

BANCOLOMBIA

91239590786


Aumentar el contraste
UTC -5 21:07:35
Emilce Bohorquez
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio ➞ Menú ➞ Administración de contratos ➞ Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Datos guardados
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
ENERO 2025.pdf
ENERO 2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
FEBRERO 2025 (3).pdf
FEBRERO 2025 (3).pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
MARZO 2025.pdf
MARZO 2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
ABRIL 2025.pdf
ABRIL 2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
MAYO 2025.pdf
MAYO 2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
JUNIO 2025.pdf
JUNIO 2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
JULIO 2025.pdf
JULIO 2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
AGOSTO 2025.pdf
AGOSTO 2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-25, 09:53:13 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1075046905

Periodo Cotización: agosto de 2025 | Periodo Servicio: agosto de 2025 | Referencia pago 8822988423

PAGADA 14/09/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

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	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	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	$1,423,500	$227,800	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$1,423,500	$178,000	2.436	$1,423,500	$34,700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$440,500

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
$1,423,500	$1,423,500	$1,423,500	$0	$227,800	$178,000	$34,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$440,500	$3,500	$444,000

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	INDEPENDIENTE CONTRATANTE NO AFILIADO (DECRETO 723/2013)		
Tipo de documento de identificación	NI	**Número de documento de identificación**	899999995
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 52087309	**Nombres y apellidos**	EMILCE FABIOLA BOHORQUEZ BARAJAS
Fecha de afiliación	2025-04-10	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	2025-04-10	**Tipo de vinculación**	Independiente
Clase de riesgo	3	**Fecha de retiro**	

Esta certificación se expide a los 22 días del mes de julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades