

**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:	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	2144	FECHA	2025-11-05 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	47740	FECHA	2025-11-10 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-10-01		2025-10-31		
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:	\$23,850,000
VALOR EJECUTADO	\$23,850,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2,650,000
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
9492497693	\$1,060,000	\$132,500	\$169,600	3	\$25,822	\$327,922

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre 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

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 realizó la oferta de servicios para población clave de acuerdo a las localidades bajo condiciones de confidencialidad.	evidencia fotográfica, entrega de formatos, toma de pruebas
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 metodológica
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.	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 participó de las jornadas articuladas para la oferta de servicios de promoción y prevención de VIH	Evidencia fotográfica, asistencia jornadas, cronograma, acta
Toma y lectura de pruebas rápidas de VIH a población clave de acuerdo con el algoritmo diagnóstico vigente en el país	Se realiza la lectura del resultado de pruebas rápidas 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 SISCOSS
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 datos.
Adoptar 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 de 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.	formular 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 estrategias de prevención para VIH.	Campañas de promoción y prevención
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

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 N° 9/2025

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E

NIT 900.959.048-4

DEBE A:

JUAN PABLO MUÑOZ

CORREA

C.C 1000494564 DE

BOGOTÁ

La suma TOTAL A PAGAR DE DOS MILLONES SEICIENTOS CINCUENTA 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 31 de octubre 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°928-2025.



JUAN PABLO MUÑOZ CORREA

C.C 1000494564 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS

BANCOLOMBIA

NÚMERO 94402920178

- 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
MARZO 2025 .pdf (Archivado)	MARZO 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
ABRIL 2025 .pdf (Archivado)	ABRIL 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
MAYO 2025 .pdf (Archivado)	MAYO 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> FEBRERO 2025 .pdf	FEBRERO 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input checked="" type="checkbox"/> MARZO 2025 .pdf	MARZO 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> ABRIL 2025 .pdf	ABRIL 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> MAYO 2025 .pdf	MAYO 2025 .pdf	Detalle
<input type="checkbox"/> JUNIO 2025 .pdf	JUNIO 2025 .pdf	Detalle
<input type="checkbox"/> JULIO 2025 .pdf	JULIO 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> AGOSTO 2025 .pdf	AGOSTO 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> SEPTIEMBRE 2025 .pdf	SEPTIEMBRE 2025 .pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Documentos de ejecución del contrato

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	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
2025-09	2025-09	1840898493	9492497693	I	2025/10/16	2025/10/09	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
<b>Sucursal: Principal ( 1 Afiliados)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: Principal ( 1 Afiliados)</b>					\$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
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0

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
2025-09	2025-09	1840898493	9492497693	I	2025/10/16	2025/10/09	NEQUI	0	\$440,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	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	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$440,500</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$440,500</b>	