**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR**

**OCCIDENTE NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**
**EVELING VALENTINA FONSECA QUINTERO**

**C.C 1000120556 de BOGOTA**

La suma Dos millones cuatrocientos sesenta mil trescientos setenta y cuatro pesos Mcte) ($2.460.374), por concepto de servicios como AUXILIAR DE ENFERMERIA , en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de 01 al 30 de Noviembre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 8008-2024



---

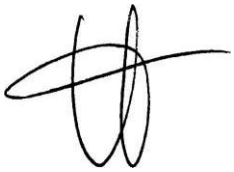
**EVELING VALENTINA FONSECA QUINTERO**

**C.C. 1.000.120.556 de BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

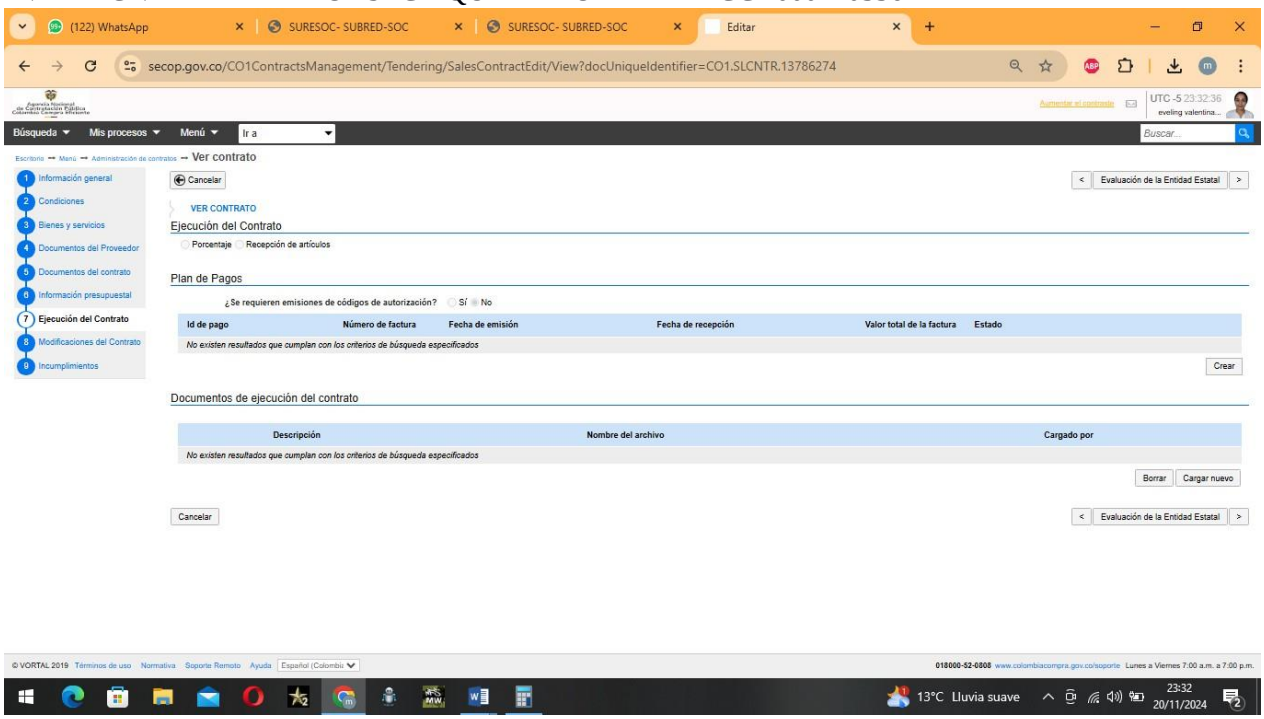
**NUMERO 550488440358916**

**Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 01 al 30 de Noviembre y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.**



**YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA**
**Apoyo a la supervisión**
**Equipos Básicos extramurales**

EVELING VALENTINA FONSECA QUINTERO CC 1000120556




SECOP II

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que Eveling Valentina Fonseca Quintero, identificado(a) con CC número 1000120556, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1000120556 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Eveling Valentina Fonseca Quintero |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 09/06/2001 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/04/2013 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 321 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 26 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 31/07/2024 |
| NIVEL SISBEN | 2 |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 1000120556 Trabajador Independiente Desde 01/11/2024 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1000120556 EVELING VALENTINA FONSECA QUINTERO Desde 14/03/2024 Hasta 30/07/2024



**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.**

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**EVELING VALENTINA FONSECA QUINTERO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.120.556**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Noviembre del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Medellín, 20 de noviembre de 2024

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que EVELING VALENTINA FONSECA QUINTERO identificado(a) con C1000120556 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10001205562432576082

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.13

| 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: | EVELING VALENTINA FONSECA QUINTERO | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1000120556 | |
| CORREO ELECTRONICO: | VALEN_FOQUIN@HOTMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3502416748 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | EQUIPO ATENCION EN CASA ASUNCION BOCHICA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | SU46K33-5 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550488440358916 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 8008 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 2471 | FECHA | 2024-11-28 09:47:08.000 | NÚMERO DE CRP | 74890 | FECHA | 2024-11-30 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-11-01 | | 2024-11-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,460,374 | | | | |
| 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: | $2,624,300 |
| VALOR EJECUTADO | $2,460,374 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,460,374 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $163,926 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 94% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez
20888182
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 gestor étnico, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional. Profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del modelo de salud MAS bienestar en el Marco de los equipos extramurales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia, según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes | Acciones en equipos extramurales y sus diferentes estrategias cumpliendo con los lineamientos, entrega de formatos en fisico y digitales con veracidad, calidad y oportunidad | Formato de caracterizacion y tamizajes. Diligenciamiento de cronograma diario. Diligenciamiento de bases de datos correspondientes |
| Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red, suroccidente o las contempladas en el convenio asignado | Dar cumplimiento con la meta diaria planteada para el respectivo mes y entrega de soportes definidos según el lineamiento. | Cronograma de actividades diarias, entrega de soportes fisicos y digitales establecidos por la SDS |
| Desarrollar acciones de control social, demanda, inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada | Realizar canalizaciones a los usuarios dependiendo de la identificacion de sus necesidades y prioridades en salud / intersectorial | Formato de activación de ruta digital.Envio de canalizaciones digitales Diligenciamiento de bases de datos |
| Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes | Realizar canalizaciones a los usuarios dependiendo su necesidad y prioridad en salud / intersectorial | Formato de caracterizacion y tamizaje Envio de canalizaciones digitales Diligenciamiento de bases de datos |
| Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción programadas por la Secretaría distrital de salud por dirección de gestión del riesgo, supervisora de contrato o Sub Red | Asistir a capacitaciones e inducciones para identificacion de estrategias para elaborar y desempeñar actividades en campo | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas. |
| Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud | Acciones en equipos extramurales identificacion de necesidades,problematicas en salud | Formato de caracterizacion y tamizajes,según parametros de SDS. |
| Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos. Cargue historia clínica(si aplica) aplicativos de la Sub Red o de la SDS entre otros o realizar ajustes de manera oportuna, cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad, dadas por el supervisor de contrato, apoyo a la supervisión y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención | Realizar acciones de IEC acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones sobre deberes y derechos frente a a la seguridad social en salud y participación social. | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas. |
| Alistar, soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control | Entrega de soportes con los criterios de calidad, revision y correccion de hallazgos y alistamiento de auditoria. | Formato de caracterizacion y tamizajes. Diligenciamiento de cronograma diario. Envio de canalizaciones digitales. Diligenciamiento de bases de datos |
| Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y desarrollo del proceso, según programación y hacer cumplimiento de los mismos | elaborar informes pertinentes del proceso y cumplir los mismos, entregarlos al ser solicitados | entrega de formatos debidamente diligenciados, diligenciamiento de cronogramas e informes completos |
| Atender a la solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas | NO se generan glosas en las acciones realizadas durante el mes. | No aplica |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiriera el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio | Implementar acciones relacionadas con los protocolos, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos. | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas. |
| Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales | Realizar acciones de IEC acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones sobre deberes y derechos frente a a la seguridad social en salud y participación social. | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas. |
| Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones | Realizar adecuado uso de los implementos de identificacion personal para un mejor acceso para la identificacion de riesgos . | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas. |
| Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio | Mantener en optimas condiciones los equipos biomedicos para obtener un resultado adecuado de medidas antropometricas. | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas. |
| Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informe requeridos durante la ejecución del convenio | Realizar entrega oportuna de actas y listados de firmas acorde a requerimiento de profesional de apoyo . | Actas, listados de asistencia y formatos establecidos por SDS deacuerdo con las actividades programadas. |

Copia Controlada Subred Suroccidente

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez
20888182
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