

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LAURA ESTELLA CAHVERRA PEREA**

**C.C 52.386.869 DE BOGOTA**

La suma De 1.390.584 UN MILLON TRECIENTOS NOVENTA MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS , por concepto de servicios como PROMOTOR , en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de 15 al 31 de ENERO de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios NO 119 - 2 0 2 5

---



**C.C. 52.386.869 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 466770040247**

**Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 15 al 31 de ENERO 20225 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**



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                             |                 |                    |                                    |                     |          |                       |           |
|-----------------------------------|---------|-----------------------------|-----------------|--------------------|------------------------------------|---------------------|----------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                          | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 52386869                       |         | CHAVERRA PEREA LAURA STELLA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | cr 97f 34a sur -30 br tierra buena | 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     |
| 2024-12                           | 2024-12 | 1189150950                  | 9479515845      | I                  | 2025/01/17                         | 2025/01/13          | NEQUI    | 0                     | \$402,200 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |          |                |       |             |             |           |        |             |             |           |      |     |        |         |      |             |          |              |     |        |
|--------------------------------------------------|----------------|----------|----------------|-------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|------|-----|--------|---------|------|-------------|----------|--------------|-----|--------|
| EMPLEADO                                         |                |          | PENSION        |       |             |             | SALUD     |        |             |             | CCF       |      |     |        | RIESGOS |      |             |          | PARAFISCALES |     |        |
| No.                                              | Identificación | Nombres  | Codigo         | Dias  | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias | IBC | Aporte | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte   | Dias         | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)                |                |          |                |       | \$1,300,000 | \$208,000   |           |        | \$1,300,000 | \$162,500   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,300,000 | \$31,700 |              | \$0 | \$0    |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |          |                |       | \$1,300,000 | \$208,000   |           |        | \$1,300,000 | \$162,500   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,300,000 | \$31,700 |              | \$0 | \$0    |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |          |                |       | \$1,300,000 | \$208,000   |           |        | \$1,300,000 | \$162,500   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,300,000 | \$31,700 |              | \$0 | \$0    |
| 1                                                | CC             | 52386869 | CHAVERRA LAURA | 25-14 | 30          | \$1,300,000 | \$208,000 | EP5008 | 30          | \$1,300,000 | \$162,500 | 0    | \$0 | \$0    | 14-11   | 30   | \$1,300,000 | \$31,700 | 0            | \$0 | \$0    |
| Total Afiliados( 1)                              |                |          |                |       | \$1,300,000 | \$208,000   |           |        | \$1,300,000 | \$162,500   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,300,000 | \$31,700 |              | \$0 | \$0    |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                             |                 |                    |                                    |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|-----------------------------|-----------------|--------------------|------------------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                          | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 52386869                   |    | CHAVERRA PEREA LAURA STELLA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | cr 97f 34a sur -30 br tierra buena | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 5555555  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |       |           |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago  |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco | Valor     |
| 2024-12                           | 2024-12 | 1189150950 | 9479515845 | I        | 2025/01/17 | 2025/01/13 | NEQUI | \$402,200 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                 |                |                        |               |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$208,000       | \$0            | \$0                    | \$208,000     |
| COLPENSIONES             | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$208,000       | \$0            | \$0                    | \$208,000     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$31,700        | \$0            | \$0                    | \$31,700      |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$31,700        | \$0            | \$0                    | \$31,700      |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$162,500       | \$0            | \$0                    | \$162,500     |
| COMPENSAR                | EPS008 | 860,066,942 | 7  | 1         | \$162,500       | \$0            | \$0                    | \$162,500     |
| TOTAL                    |        |             |    | 1         | \$402,200       | \$0            | \$0                    | \$402,200     |

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                          |               |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                          |               | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                      |                          |                                          |               | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                          |               | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                          |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          | Laura Stella Chaverra Perea              |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                          | C.C                                      | X             | C.E                              | No.           |                                                                                     | 52386869   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                          | lauchichaverra@gmail.com                 |               |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3108744870 |
| 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                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                          | 570466770040247                          |               |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                      |                          |                                          |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 119                      |                                          |               | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 198                  | FECHA                    | 2025-01-24<br>15:18:16.000               | NÚMERO DE CRP | 13781                            | FECHA         | 2025-01-31<br>00:00:00.000                                                          |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                          |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                          | DESDE                                    | FECHA INICIAL |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                          | 2025-01-15    |                                  |               | 2025-01-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                          | \$1,390,584   |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                                          |               |                                  | \$1,394,212   |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                          |               |                                  | \$1,390,584   |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                          |                                          |               |                                  | \$1,390,584   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                          |               |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                          |                                          |               |                                  | \$3,628       |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 9479515845                                                                                                                                                                                                                                                   | \$984,150            | \$123,019                | \$157,464                                | 3             | \$23,974                         | \$304,457     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                      |                          |                                          |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| Mónica María Peña Osorio<br>52960209<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                      |                          |                                          |               |                                  |               |                                                                                     |            |

| 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. | Identificar y evaluar las necesidades de salud de la población a través de equipos extramurales en su área de influencia, utilizando herramientas de diagnóstico comunitario, para implementar acciones y programas de salud, asegurando que se alineen con el Modelo de Salud MAS Bienestar. | Formato de caracterización y tamizajes.<br>Diligenciamiento de cronograma diario.<br>Diligenciamiento de bases de datos correspondientes                                                                       |
| Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | "Asistencia y colaboración en las actividades de promoción y prevención de la salud organizadas por la SDS y la Sub Red Sur Occidente, así como en las jornadas establecidas en el convenio."                                                                                                 | Listados de asistencia y encuestas de satisfacción: Documentación que incluya la asistencia a las jornadas, los perfiles de los participantes y sus opiniones sobre el contenido o impacto de las actividades. |
| 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 identificación de sus necesidades y prioridades en salud / intersectoria                                                                                                                                                             | Formato de activación de ruta digital. Envío de canalizaciones digitales<br>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 capacitaciones periódicas para el personal de salud sobre comunicación efectiva y empatía hacia el paciente                                                                                                                                                                          | Evaluación y retroalimentación: Formatos para realizar evaluaciones periódicas y recopilar comentarios del personal, pacientes y familiares para mejorar el servicio                                           |
| 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 subred.                                                                                                                                                                                                                                                                         | como promotor debe asistir a las capacitación y fortalecimiento institucional que la subred o la secretaria de salud propongan                                                                                                                                                                | Informe de asistencia y participación                                                                                                                                                                          |
| Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Enseñar herramientas básicas de monitoreo de servicios de salud (por ejemplo, cómo evaluar tiempos de espera, calidad de atención, disponibilidad de medicamentos                                                                                                                             | Acciones sugeridas para mejorar los servicios y la atención de salud, orientadas tanto a las autoridades como a la comunidad.                                                                                  |
| Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica), aplicativos de la Subred o de la SDS entre otros o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del 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.                                            | Entregar el cargue completo de todos los formatos creados en el aplicativo como los tamizaje de cada una de las familias abordadas                                                                                                                                                            | Entregar el cargue completo de todos los formatos creados en el aplicativo como los tamizaje de cada una de las familias abordadas                                                                             |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Reunir y clasificar todos los documentos necesarios para la auditoría (informes de cumplimiento, registros de operación, contratos, etc.).                                                                                                                                                    | Recopilar y clasificar todos los documentos y soportes requeridos, como reportes registros de atención, formularios, informes de cumplimiento y otros documentos de respaldo                                   |
| Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Realizar cronograma detallado sobre las actividades establecidas, plazos, responsables y recursos necesarios                                                                                                                                                                                  | formato de firma de los usuarios visitados, cronograma y reporte que identifica la población visitada                                                                                                          |
| Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Crear informes periódicos que permitan identificar áreas de mejora en el servicio o proceso                                                                                                                                                                                                   | Material informativo (folletos, videos, guías) que educa sobre temas específicos de salud                                                                                                                      |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Llevar un registro de cualquier evento que pueda afectar los objetivos, incluyendo retrasos, cambios en el equipo, problemas técnicos, entre otros.                                                                                                                                           | Información sobre temas de salud relevantes, como prevención de enfermedades, nutrición, salud mental y actividad física.                                                                                      |
| Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Capacitar a los promotores en habilidades de comunicación verbal y no verbal, enfatizando cómo su comportamiento y actitud pueden afectar la percepción de la institución.                                                                                                                    | Estrategias sobre cómo comunicarse de manera efectiva, tanto verbal como no verbal, incluyendo ejemplos de buenas prácticas y errores comunes a evitar.                                                        |
| Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Promover la importancia de portar y utilizar adecuadamente los elementos de identificación en situaciones laborales y cotidianas.                                                                                                                                                             | Utilizar carnet de la subred sur occidente, chaquetas que identifiquen a los promotores de salud, asegurando que sean reconocidos en sus actividades comunitarias.                                             |
| Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Realizar el uso adecuado de los equipos entregados por la subred sur occidente y utilizarlos de se efectiva y eficiente                                                                                                                                                                       | Utilizar Instrucciones detalladas sobre cómo utilizar cada equipo de manera efectiva.                                                                                                                          |
| Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Entregar los documentos dentro de los plazos establecidos, asistir a capacitación sobre gestión documental que se ofrezca y comparte la importancia del cumplimiento normativo con otros miembros del equipo                                                                                  | Ser meticuloso en la revisión y elaboración de documentos, evitando errores que puedan comprometer la validez de los informes.                                                                                 |

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