Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ANGIE CATHERINE CAMPERO CROFORT
No. Identificación: CC1013597163
Dirección: DIAGONAL 24A SUR 5B 56
Telefono: 2063300
Correo: accrofort@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8389876521

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANGIE CATHERINE CAMPERO CROFORT
Tipo y número de identificación	CC1013597163
Número de planilla	8389876521
Fecha pago	2025-10-14
Número de autorización pago	5802910
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2025
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2025
Número de Administradoras	4
Total Pagado	608800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	45100	1
230301	Porvenir	295700	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	37000	1
EPS008	Compensar EPS	231000	1

8389876521

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1013597163
APELLIDOS Y NOMBRES: ANGIE CATHERINE CAMPERO CROFORT

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1847800	1847800	1847800	1847800	231000	0	295700	0	45100	37000

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

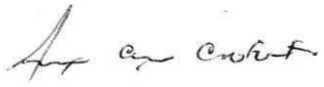
NIT:900.959.048-4

DEBE A:

ANGIE CATHERINE CAMPERO CROFORT

C.C 1013597163 DE BOGOTA

La suma de (CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS M/CTE) 4.195.200), por concepto de servicios como Trabajadora Social en el entorno Comunitario, durante el periodo de 6 al 31 de Octubre de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6461-2025



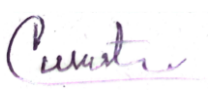
ANGIE CATHERINE CAMPERO CROFORT

C.C 1013597163 DE BOGOTA

CUENTADE AHORROS BANCOCAJA SOCIAL

NUMERO 24077501477

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



Maribel Cortes Suarez
Apoyo a la supervisión
Líder localidad de Puente Aranda

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:	Angie Catherine Campero Crofort						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1013597163	
CORREO ELECTRONICO:	accrofort@gmail.com				CELULAR:	3105603411	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC ENTORNO CUIDADOR COMUNITARIA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K30	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24077501477				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	6461			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	2152	FECHA	2025-11-05 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	50549	FECHA	2025-11-10 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	Profesional Universitario 2						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-10-06		2025-10-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,195,200				
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:	$4,195,200
VALOR EJECUTADO	$4,195,200
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,195,200
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
8389876521	$1,650,883	$206,360	$264,141	3	$40,216	$510,717

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

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 profesional, técnico y bachiller conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	SE REALIZÓ LA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO EN LA POBLACIÓN CON ALTO CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, MEDIANTE EL APOYO PSICOSOCIAL EN 20 JORNADAS EN LAS LOCALIDADES DE BOSA, PUENTE ARANDA, FONTIBON, KENNEDY COMO PARTE DE LA ESTRATEGIA "SPA_CIOS DE CUIDADO DEL ENTORNO CUIDADOR COMUNITARIO	FICHAS DE IDENTIFICACIÓN SPACIOS DE CUIDADO, CANALIZACIONES Y SEGUIMIENTOS A NECESIDAD
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS.	PARTICIPACIÓN EN JORNADAS DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGO PARA LA POBLACIÓN CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA SPA_CIOS DE CUIDADO	FICHAS DE IDENTIFICACIÓN SPACIOS DE CUIDADO, FORMATOS SISCOS DEDSARROLLADOS POR EL AREA DE ENFERMERIA, OBSERVACON Y AJUSTE DE DOCUMENTOS SESIONES COLECTIVAS Y FORMATOS 1A DESARROLLADOS POR GESTOR
Desarrollo de Acciones en el Entorno Cuidador Comunitario	CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES Y METAS PERIÓDICAS ESTABLECIDAS EN EL PORTAFOLIO Y EL PLAN DE ACCIÓN, CON BASE EN LAS FICHAS TÉCNICAS Y LOS LINEAMIENTOS DEFINIDOS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (SDS), EN EL MARCO DE LA GESTIÓN OPERATIVA Y TÉCNICA DE LA ESTRATEGIA ESPACIOS DE CUIDADO DEL ENTORNO COMUNITARIO, DURANTE EL MES DE OCTUBRE DE 2025.	FICHAS DE IDENTIFICACIÓN SPACIOS DE BIENESTAR, CANALIZACIONES EN LAS JORNADAS, ACTAS DE CONCERTACIONES, ARTICULACIONES, A NECESIDADAD EN LAS LOCALIDADES DE BOSA, PUENTE ARANDA, FONTIBON, KENNEDY
Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred,	SE REALIZA DIRECCIONAMIENTO TECNICO, LECTURA Y APROPIACION DE LINEAMIENTOS	ACTAS, ACUERDOS, LISTADO DE ASISTENCIA, RECONOCIMIENTO DE FORMATOS SPACIOS DE CUIDADO, FORMATO 1A, FORMATO SESIONES COLECTIVAS.
Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización,	SE PARTICIPA EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA ESPACIOS DE BIENESTAR Y DE LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS SOLICITADAS POR LA SECRETARÍA DE SALUD, EN ARTICULACIÓN CON LA PROGRAMACIÓN DEL ENTORNO CUIDADOR COMUNITARIO.	ACTAS SOLICITADAS POR EL ENTORNO CUIDADOR COMUNITARIO EN LA ESTRATEGIA SPA_CIOS DE CUIDADO EL DIA 9 DE OCTUBRE
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas, Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud,	SE INFORMA A LAS PERSONAS INTERVENIDAS SOBRE LAS DIFERENTES JORNADAS DE EMPLEABILIDAD Y LOS MECANISMOS DE GESTIÓN PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD.	ACTAS – FICHAS DE IDENTIFICACION SPACIOS DE CUIDADO
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud.	ENTREGA DE PRODUCTOS Y REALIZACIÓN DE AJUSTES DE MANERA OPORTUNA, ASÍ COMO EL ALISTAMIENTO DE LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES A LA GESTIÓN OPERATIVA Y TÉCNICA DE LA ESTRATEGIA ESPACIOS DE BIENESTAR DEL ENTORNO COMUNITARIO DURANTE EL MES DE OCTUBRE 2025	ACTAS , ENTREGA DE SOPORTES CORRESPONDIENTES A LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA META - BASE DE DATOS – CANALIZACIONES REPORTADAS

Copia Certificada Subred Sur Occidente

Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión.	ENTREGA Y CUSTODIA DE SOPORTES, ASÍ COMO REALIZACIÓN DE AJUSTES DE MANERA OPORTUNA. PRESENTACIÓN OPORTUNA Y CON CALIDAD DE LOS INFORMES REQUERIDOS. ALISTAMIENTO DE LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES A LA GESTIÓN OPERATIVA Y TÉCNICA DE LOS EQUIPOS DE LA ESTRATEGIA ESPACIOS DE BIENESTAR DEL ENTORNO COMUNITARIO DURANTE EL MES DE OCTUBRE	ACTAS DE DÍA ADMINISTRATIVO Y ENTREGA DE SOPORTES CORRESPONDIENTES A LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA META –FICHAS DE IDENTIFICACION SPACIOS DE BIENESTAR – FICHAS TECNICAS – CANALIZACIONES
Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	SE ELABORA CRONOGRAMA Y PORTAFOLIO DE SERVICIOS, SEGÚN LO ACORDADO SPACIOS DE CUIDADO Y ENTORNOS	CRONOGRAMA Y PORTAFOLIO DE SERVICIOS
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las pre-auditorias del Referente del Entorno asignado.	SE ATIENDEN Y GESTIONAN DE MANERA OPORTUNA LAS SOLICITUDES RECIBIDAS, ASEGURANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUERIMIENTOS ESTABLECIDOS.	ACTAS – FICHAS DE IDENTIFICACION SPACIOS DE CUIDADO
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control.	SE INFORMA OPORTUNAMENTE SOBRE LAS DIFERENTES EVENTUALIDADES, RESPONDIENDO CON DISPONIBILIDAD Y ATENCIÓN A LAS NECESIDADES REQUERIDA	SE REALIZA LA NOTIFICACIÓN OPORTUNA DE LAS EVENTUALIDADES PRESENTADAS, ATENDIENDO DE MANERA EFICAZ Y CONFORME A LA DISPONIBILIDAD LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS.
Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos.	SE LLEVAN A CABO ACTIVIDADES INDIVIDUALES ORIENTADAS A PRESERVAR LA IMAGEN INSTITUCIONAL, MEDIANTE EL USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS DISTINTAS ACTIVIDADES Y EN EL MANEJO DE LOS INSUMOS ASIGNADOS.	ACTAS – FICHAS DE IDENTIFICACION SPACIOS DE BIENESTAR . CANALIZACION RESPONDIENDO A LAS SOLICITUDES REQUIRIDAS POR LA COMUNIDAD USO ADECUADO Y PORTAR EL CARNET DE LA INSTITUCION Y LA CHAQUETA INSTITUCIONAL Y ADECUADO USO DE LOS INSUMOS
Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas.	SE LLEVAN A CABO ACTIVIDADES INDIVIDUALES ORIENTADAS A PRESERVAR LA IMAGEN INSTITUCIONAL, MEDIANTE EL USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS DISTINTAS ACTIVIDADES Y EN EL MANEJO DE LOS INSUMOS ASIGNADOS.	ACTAS – FICHAS DE IDENTIFICACION SPACIOS DE BIENESTAR . CANALIZACION RESPONDIENDO A LAS SOLICITUDES REQUIRIDAS POR LA COMUNIDAD USO ADECUADO Y PORTAR EL CARNET DE LA INSTITUCION Y LA CHAQUETA INSTITUCIONAL Y ADECUADO USO DE LOS INSUMOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional, técnico y bachiller conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	SE REALIZA ENTREGA DE LOS SOPORTES UNA VEZ VERIFICADOS Y AUDITADOS PARA REALIZAR LA GESTION DOCUMENTAL CORRESPONDIENTE	ENTREGA DE UNIDADES DE CONSERVACION Y CARPETAS A LOS SOPORTES AUDITADOS Y VERIFICADOS
Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos.	SE PARTICIAPA A LOS DIFERENTES EVENTOS PRIORITARIOS EN SALUD PUBLICA, PROCESOS, METODOLOGIAS DE ATENCION O ALERTAS EPIDEMIOLOGIAS	ACTAS – FORMATOS DE ASISTENCIAS A LOS DIFERENTES EVENTOS DE INTERES, JORNADAS DISTRITALES
Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas.	SE PARTICIPA EN LOS DIFERENTES EVENTOS PRIORITARIOS DE SALUD PÚBLICA, ASÍ COMO EN LOS PROCESOS, METODOLOGÍAS DE ATENCIÓN	ACTAS – FORMATOS DE ASISTENCIAS A LOS DIFERENTES EVENTOS DE INTERES

Copia Certificada Sub red Sur Occidente

Garantizar que toda la información que intercambien las partes en desarrollo del contrato que las une, es de carácter reservado. El CONTRATISTA se compromete a guardar la más estricta reserva sobre la información del CONTRATANTE y la personal de sus colaboradores, directivos, etc. a que tenga acceso en razón del presente contrato y a no divulgar a terceros o a usar para propósitos distintos del cumplimiento del objeto de este contrato, toda o cualquier parte de la información del CONTRATANTE a que tenga acceso en razón de este Contrato, o que haya sido recibida o averiguada por el CONTRATISTA directa o indirectamente del CONTRATANTE, o de sus colaboradores, directivos, etc., otros contratistas o consultores, contratantes u originada de otra manera y adquirida por el CONTRATISTA, en conexión con o como resultado de la realización de servicios objeto de este contrato. Es objeto especial de este acuerdo de confidencialidad la información de propiedad del CONTRATANTE entre otros, pero sin limitarse estos a los medios escritos, magnéticos, Internet, informes, actas, etc., los cuales no podrán ser revelados, copiados, reenviados, retirados de la E.S.E. La violación de este acuerdo de confidencialidad a juicio de la empresa, será considerada falta grave y causal de terminación contractual imputable al CONTRATISTA	Documentos, actas, formatos y demás información suministrada y adquirida en el ejercicio de las actividades realizadas se encuentran en custodia del entorno y/o proceso donde se desarrollaron las actividades del presente mes, cumpliendo con las obligaciones contractuales frente a la confidencialidad del dato.	ACTAS – FORMATOS DE ASISTENCIAS A LOS DIFERENTES EVENTOS DE INTERES

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 Certificadd
Subred Surocciddente