

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

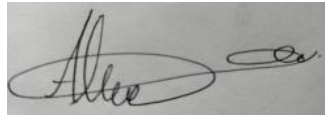
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE NIT:900.959.048-4**

**DEBE A: Alisson Sofía Acosta Vargas**

**CC: 1117508388 de Bogotá**

La suma de Dos millones ochenta y un mil doscientos Mcte) (\$2.081.200), por concepto de servicios como Gestor en línea, en el marco del convenio Equipos Más Bienestar en tu Hogar, durante el periodo de 1 al 31 de mayo del 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No No 7009- 2026**

---



**C.C. 1117508388 de Bogotá**

**CUENTA DE AHORROS BANCO Davivienda**

**NUMERO 0550488455448263**

**Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 1 al 31 de mayo 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como líder operativo**



---

**Marcy Viviana Acosta Romero**  
**Líder Operativo**

**Nota: En constancia del anterior documento se da visto bueno como apoyo a la supervisión**



---

**YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA**  
**Apoyo a la supervisión**

**Equipos Más Bienestar en tu Hogar**



**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:                     |                             | Alisson Sofía Acosta Vargas                        |     |                 |            |    |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          | C.C                         | X  | C.E | No.             | 1117508388 |    |  |
| CORREO ELECTRONICO:                         | alissonacosta1608@gmail.com |  |     | CELULAR:        | 3249493872 |    |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |                             |  |     | SUBRED          |            |    |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |                             | EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR ASUNCION BOCHICA |     | SEDE:           | SUBRED     |    |  |
| CENTRO DE COSTOS:                           | Centro de costo             | %  |     |                 |            |    |  |
|   | SU46V07-15                  | 100  |     |                 |            |    |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         | BANCO DAVIVIENDA S.A        |  |     | TIPO DE CUENTA: | AHORRO     |    |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   | 550488455448263             |  |     |                 | PENSIONADO | NO |  |

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

|                    |      |       |                            |               |       |       |                            |
|--------------------|------|-------|----------------------------|---------------|-------|-------|----------------------------|
| NÚMERO DE CONTRATO | 7009 |       |                            | VIGENCIA      | 2025  |       |                            |
| NÚMERO DE CDP      | 1099 | FECHA | 2026-05-12<br>10:05:29.000 | NÚMERO DE CRP | 18475 | FECHA | 2026-05-28<br>00:00:00.000 |

OBJETO DEL CONTRATO:

|                      |       |               |       |             |
|----------------------|-------|---------------|-------|-------------|
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL |
|                      |       | 2026-05-01    |       | 2026-05-31  |

VALOR HONORARIOS MENSUALES:

\$2,081,200

|                   |     |                     |     |
|-------------------|-----|---------------------|-----|
| 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: | \$21,373,440 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$15,560,600 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$2,081,200  |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0          |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$5,812,840  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 73%          |

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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 91467380           | \$908,526         | \$113,566                | \$145,364              | 3         | \$22,132   | \$281,062     |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2026. 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  |
|---|---|--|
| 1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, 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 las acciones de los Equipos Mas Bienestar en tu Hogar, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos operativos, anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes. | SE REALIZO RECONOCIEMINETO DEL TERRITORIO NUMERO 5 Y ANUMERO SEGÚN DIRECTRICES DEL LINEAMIENTRTO DE LA SECRETARIA DE SALUD Y L ALIDER OPERATIVA DEL TERRITORIO  | MATRIZ DE RECOCIMIENTO DE TERRITORIO                             |
| 2. Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado o por necesidades de abordaje en los territorios.  | SE ASISTE Y PARTICIPA ACTIVAENTE EN LA ASISTENCIA TECNICA DE SDS DE GESTORES EN LINEA DEL DIA 20 DE OCTUBRE DE 2025 E EL SALON COMUNAL ASUNCION BOCHICA   | LISTADO DE ASISTENCIA DE LAS REUNIONES DE LA SECRETARIA DE SALUD |
| 3. Desarrollar acciones de control social, fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, agendamiento, atención familiar y o individual, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada  | SE REALIZA Y SE PROYECTA CONTINUER CON EL AGENDAMIENTO DE RUTEO PARA EL QUIPO DE MAS BIENESTAR EN TU HOGAR DE MICROTERRIRTORIO *****  | BASE DE AGENDAMIENTO DE EMBH                                     |
| 4. Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, comités, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred.  | SE ASISTE Y PARTICIPA ACTIVAENTE EN LA ASISTENCIA TECNICA DE SDS DE GESTORES EN LINEA DEL DIA 20 DE OCTUBRE DE 2025 E EL SALON COMUNAL ASUNCION BOCHICA, SE ASISTE A IDUCCION GENERAL DE LA SUBRED SUROCCIDENTE | ACTAS DE ASISTENCIA Y LISTADOS DE ASISTENCIA                     |
| 5. Realizar entrega de cronograma mensual de actividades e informes requeridos, productos, bases de datos, 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 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.   | DILIGENCIAMIENTO DE LOS USUSARIOS EN GTAPS Y EN L ABASE DE AGENDAMIENTO DE LOS PROFESIONAL DEL LOS PROFESIONAL EMBH   | BASES  |
| 6. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, SDS o por antes de control y atender a solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a las mismas.  | DILIGENCIAMIENTO DE LOS USUSARIOS EN GTAPS Y EN L ABASE DE AGENDAMIENTO DE LOS PROFESIONAL DEL LOS PROFESIONAL EMBH   | BASES  |
| 7. Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.   | SE IDENTIFICA AL MOMENTO DE INTERACTUAR CON LOS UUSARIOS QUE PERTENECE A LA SUBREDSUROCCIDENTE  | CARNET INSTITUCIONAL   |
| 8. Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad. Cuidar y dar buen uso los equipos y o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.  | SE IDENTIFICA AL MOMENTO DE INTERACTUAR CON LOS UUSARIOS QUE PERTENECE A LA SUBREDSUROCCIDENTE  | SE HACE USO ADECUADO DE LOS DISPOSITIVOS DE LA ENTIDAD           |
| 9. El contratista guardará completa confidencialidad de forma indefinida sobre la información y documentos a los cuales tenga acceso y conozca en virtud del desarrollo del objeto contractual y del cumplimiento de sus obligaciones, así mismo, dará cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente y del FFDS y SDS.  | SE REALIZO RECONOCIEMINETO DEL TERRITORIO NUMERO 5 Y ANUMERO SEGÚN DIRECTRICES DEL LINEAMIENTRTO DE LA SECRETARIA DE SALUD Y L ALIDER OPERATIVA DEL TERRITORIO  | MATRIZ DE RECOCIMIENTO DE TERRITORIO                             |
| 10. Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y o informes requeridos durante la ejecución del convenio.   | INFORMACION A LOS USUARIOS QUE SE CONTACTAN SOBRE LA PROTECCION DE DATOS  | GUIONES DE CONTACTO  |
| 11. Cumplir con las demás actividades y apoyo que sean requeridas por el supervisor del contrato o quien haga sus veces y estén relacionado con el objeto del mismo.  | PARA ESTE MES NO SE CUENTAN CON OBLIGACIONES ADICIONALES DE LA LIDER OPERATIVA  | N/A  |

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

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |                        |                    |                            |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|------------------------|--------------------|----------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN              | TELÉFONO           | CORREO                     |
| CC                  | 1117508388        | ALISSON SOFIA ACOSTA VARGAS |        | CALLE 49 SUR N 89 A 51 | 3249493872         | alissnacosta1608@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO | DEPARTAMENTO           | CIUDAD / MUNICIPIO |                            |
| ÚNICA               | I - Independiente |                             |        | BOGOTÁ D. C.           | BOGOTÁ, D.C.       |                            |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 85315303        | 05/06/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                           | I               | \$0                      | \$541.800          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 218.900                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 218.900       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 280.200                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 280.200       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 42.700                 |                  |       |                        | 42.700                | 0         | 0                     | 42.700              |                            |                     | 427               | 42.700        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |  |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|--|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |  |
|               |        |     |              |           |                   |               |               |  |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| <b>SENA</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>          |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>          |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>           |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
| Salud                  | 1                              | 218.900                             | 218.900        |
| Pensión                | 1                              | 280.200                             | 280.200        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 42.700                              | 42.700         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>541.800</b>                      | <b>541.800</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |                        |                    |                             |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|------------------------|--------------------|-----------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN              | TELÉFONO           | CORREO                      |
| CC                  | 1117508388        | ALISSON SOFIA ACOSTA VARGAS |        | CALLE 49 SUR N 89 A 51 | 3249493872         | alissonacosta1608@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO | DEPARTAMENTO           | CIUDAD / MUNICIPIO |                             |
| ÚNICA               | I - Independiente |                             |        | BOGOTÁ D. C.           | BOGOTÁ, D.C.       |                             |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 85315303        | 05/06/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-05              | 2026-05                           | I               | \$0                      | \$541.800          |              |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                 |                             |  | INFORMACIÓN NOVEDADES |          |            |                 |           |     |     |     |     |     |    |     |     | PENSIÓN |     |     |     | SALUD |     |            |          | RIESGOS LABORALES |      |            |                     | CCF                  |                                |                                 |          | PARAFISCALES |      |                        |          |           |      |                 |            |            |         |      |            |                        |             |             |             |            |   |   |
|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------|--|-----------------------|----------|------------|-----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-------|-----|------------|----------|-------------------|------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|--------------|------|------------------------|----------|-----------|------|-----------------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|
| No.                   | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres         |  | Cotizante             | Subleigo | Extranjero | Colom. exarator | Exonerado | ING | RET | TDE | TPE | TTP | UP | UPP | SEN | ISE     | LMA | VAC | AVP | VCT   | IRL | CORRECCION | Cód. AFP | IBC AFP           | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS      | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |   |
| 1                     | CC 1117508388                   | ACOSTA VARGAS ALISSON SOFIA |  | 59                    | 0        |            |                 | N         |     |     |     |     |     |    |     |     |         |     |     |     |       |     |            | 25-14    | 1.750.905         | 30   | 280.200    | 0                   | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 1.750.905    | 30   | 218.900                | 14-11    | 1.750.905 | 30   | 3               | 42.700     |            | 0       | 0    | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 |

PAGADA