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 COORDINACIÓN PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K33-6	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	1102	FECHA	2026-05-12 10:22:41.000	NÚMERO DE CRP	18620	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-06-01		2026-06-30		
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:	$44,049,600
VALOR EJECUTADO	$34,157,060
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,195,200
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$9,892,540
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	78%

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
8390916296	$1,678,080	$209,760	$268,493	3	$40,878	$519,131

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio 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

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
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
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido en el anexo Nº 6 “Lineamientos Técnicos de la Gestión en Salud Pública –GSP y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, 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 realizaron cierres de canalización al plataforma SIRC	Base Canalizaciones Plataforma SIRC
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 a la mesa de canalizaciones.	Actas y Listado de Asistencia
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 asiste a reunión de equipo local para socializar roles de facilitadora zonal.	Acta y listado de asistencia
Fortalecer grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	Se realiza 3 acompañamientos a los colaboradores de la subred inmersos en los procesos desde las acciones de canalizaciones y socialización de la prescripción social	Acta y listado de asistencia
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 se participa en la asistencia tecnica por parte de Secretaria Distrital de Salud	Actas de reunión Listado de Asistencia
Realizar entrega y actualización del cronograma mensual de actividades, así como de los 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.	Se diligencia el cronograma con oportunidad y calidad, se realiza entrega de informe en los tiempos establecidos.	cronograma Informe
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, SDS o por entes de control y atender a solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a las mismas.	Se realiza alistamiento para auditotia, Revisión de formatos y ajustes necesarios	Carpeta de soportes organizada en el drive de prescripción Actas de revisión y respuesta a observaciones.
Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	Se mantiene una excelente imagen institucional en las acciones realizadas con etica profesional y calidad humana.	Evidencia de participación en actividades institucionales.
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 hace uso adecuado de los recursos entregados por parte de la Subred Suroccidente. Se porta adecuadamente los elementos de identificacion institucional entregados por parte de la Subred Suroccidente.	Registro fotográfico con elementos de identificación institucional convocados por la Subred Sur Occidente
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	Se realizan entrega de los productos que dan cuenta del desarrollo de las actividades desarrolladas por la facilitadora zonal.	Validación de la base de caracterizacion de Activos Sociales, Actas de acompañamiento, Actas de reuniones, Actas de Asistencia Tecnica SDS
Guardar 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.	garantiza que esta ha sido desarrollada en los propositos establecidos con completa confidencialidad de la información para el ejercicio de las actividades contempladas para el manejo y validación de la información.	Formato de confidencialidad firmado. evidencia de cumplimiento de protocolos de seguridad de la información.
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.	Se da cumplimiento a todas las actividades asignadas y se da respuesta de gestión oportuna a todas las solicitudes realizadas.	Actas de actividades de apoyo, evidencias físicas o magnéticas de participación.

Copia certificada Subred Suroccidente

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

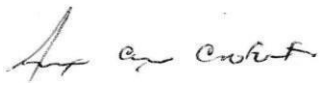
NIT:900.959.048-4

DEBE A:

ANGIE CATHERINE CAMPERO CROFORT

C.C 1013597163 DE BOGOTÁ

La suma de valor de (CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS M/CTE) 4.195.200, por concepto de servicios como Trabajadora social en el área de salud pública, durante el periodo de 1 al 30 de junio del 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 6461-2025



ANGIE CATHERINE CAMPERO CROFORT

C.C 1013597163 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24077501477

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



Fecha: 2026.06.24
21:38:10 -05'00'

Judy Marcela López Guerrero
Apoyo a la supervisión
Coordinación PIC

6063302d-ac49-49d3-b8bb-0dedcaeab6a2

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

Angie Catherine Campero Crofort

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 97,50 %

25 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=6063302d-ac49-49d3-b8bb-0dedcaeab6a2

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: 8390916296

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	8390916296
Fecha pago	2026-06-09
Número de autorización pago	13701909
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2026
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2026
Número de Administradoras	4
Total Pagado	629200
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	46600	1
230301	Porvenir	305600	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	38200	1
EPS008	Compensar EPS	238800	1

8390916296

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	1910000	1910000	1910000	1910000	238800	0	305600	0	46600	38200

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