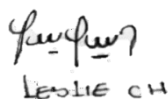


DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

DEBE A:
LESLIE YINETH CHAVES
C.C 1032415762 de BOGOTA

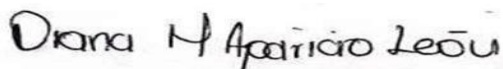
La suma de Cuatro millones ciento noventa y cinco mil doscientos pesos Mcte) (\$4.195.200), por concepto de servicios como Psicóloga, en el marco del convenio Equipos Más Bienestar en tu Hogar, durante el periodo de 1 al 30 de Junio de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 5929-2025**



LESLIE CH

LESLIE YINETH CHAVES C.C: 1032415762 DE
BOGOTA
CUENTADEAHORROS BANCO DAVIVIENDA NUMERO
0550462400115335

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 1 al 30 de Junio 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como líder operativo



Diana Marcela Aparicio León
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

[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver Contrato**

- 1 información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

✓ **Datos guardados**

 Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

[VER CONTRATO](#)

Ejecución del contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Factura del contrato

¿Se necesita autorización de registro? ☐ Si ☒ No

ID de pago	Número de factura	Fecha de asunto	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐	SURESOC_LESLIE YINETH CHAVES_1032415762_OCTUBRE 2025.pdf	SURESOC_LESLIE YINETH CHAVES_1032415762_OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	SURESOC_LESLIE YINETH CHAVES_1032415762_NOVIEMBRE2025.pdf	SURESOC_LESLIE YINETH CHAVES_1032415762_NOVIEMBRE2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	SURESOC_LESLIE YINETH CHAVES_1032415762_DICIEMBRE2025.pdf	SURESOC_LESLIE YINETH CHAVES_1032415762_DICIEMBRE2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	SUREDOC_LESLIE YINETH CHAVES_1032415762_ENERO 2026.pdf	SUREDOC_LESLIE YINETH CHAVES_1032415762_ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	SURESOC_LESLIE YINETH CHAVES_1032415762 FEBRERO 2026.pdf	SURESOC_LESLIE YINETH CHAVES_1032415762 FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	SURESOC_LESLIE YINETH CHAVES_1032415762_MARZO 2026.pdf	SURESOC_LESLIE YINETH CHAVES_1032415762_MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	SURESOC_LESLIE YINETH CHAVES_1032415762 ABRIL 2026.pdf	SURESOC_LESLIE YINETH CHAVES_1032415762 ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	SURESOC_LESLIE YINETH CHAVES_1032415762 MAYO 2026.pdf	SURESOC_LESLIE YINETH CHAVES_1032415762 MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



20dbfc0a-fedd-4fa2-9f4f-c6bbdd394720

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

Leslie Yineth Chaves

ha participado y aprobado el Curso Virtual
Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

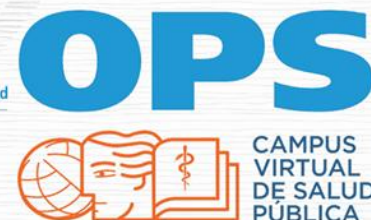
(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

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

24 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



*La autenticidad de este certificado se puede verificar en <https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=20dbfc0a-fedd-4fa2-9f4f-c6bbdd394720>

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			LESLIE YINETH CHAVES					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1032415762
CORREO ELECTRONICO:			leslie.sophy@gmail.com			CELULAR:		3204988085
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			550462400115335				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		5929			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1099	FECHA	2026-05-12 10:05:29.000	NÚMERO DE CRP	18030	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		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%			N/A	
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.								
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO								
CONCEPTO					VALORES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:					\$42,864,000			
VALOR EJECUTADO					\$37,392,000			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$4,195,200			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$5,472,000			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					87%			
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		
91282651	\$1,623,360	\$202,920	\$259,738	3	\$39,545	\$502,203		
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								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
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.	Acciones en seguimiento familiar seguimiento a eventos de interes en salud publica reportados por el nuevo modelo, teniendo en cuenta lineamientos tecnicos para su desarrollo .	Formato de firma y entregables según convenio, tamizajes Diligenciamiento de cronograma de actividades , envio de activaciones de ruta, diligenciamiento de matriz de seguimiento familiar
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.	Participar de los talleres, capacitaciones y eventos de formación de la Subred y SDS	Listado de asistencia y actas.
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.	Reportar de manera oportuna todo lo identificado en la labor de campo para facilitar la gestión y minimizar el riesgo, enviar información con veracidad y oportunidad	capacitación, actas, formatos de notificación cargados en sistema de gestión, actividades de jornadas de educación, capacitación y prevención.
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.	Asistir a los cursos, talleres y capacitaciones cumpliendo el horario programado por el contratante	Lista de asistencia y participación activa en las reuniones programadas
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.	Según solicitud ajuste de hallazgos que se puedan presentar, consolidación efectiva de la información del proceso a cargo según lo establecido en el lineamiento.	Envío de ajustes según corresponda, correos, informes.
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.	Cumplir con las actividades y cronogramas desarrollados desde la subred sur occidente enfocados en mejorar la capacitación de los profesionales	Verificar concordancia físico/ magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad oportunidad, veracidad completitud.
Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales	Comportamiento y presentación adecuada	Cumplir con las actividades programas por la institución como profesional
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.	Al realizar las actividades diarias en terreno portar de forma oportuna, limpia, clara y legible los implementos de identificación de la SubRed.	Portar chaqueta institucional, carnet y maleta
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	Entrega de soportes requeridos	Diligenciar formatos del convenio plantilla firma, actas, test y otros que durante la gestión se apliquen a usuarios.
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	Entrega de soportes requeridos	Diligenciar formatos del convenio plantilla firma, actas, test y otros que durante la gestión se apliquen a usuarios.
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	Asistir a los cursos, talleres y capacitaciones cumpliendo el horario programado por el contratante	Lista de asistencia y participación activa en las reuniones programadas

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032415762	LESLIE YINETH CHAVES		CRA 104 #13C-40	4681525	leslie.sophy@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91282651	10/06/2026	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					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN					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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
230301	Porvenir	800224808-8	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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

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
TOTALES	3	541.800	541.800

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91282651	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$541.800	

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Contante	Sedapio	Estrategia	Cóten menor	Incoronado	HAB	IDE	IME	LAE	TOP	TAP	VSP	VST	SLN	KSE	LMA	VAC	AVP	VPT	RRL	CORRECCIÓN	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 1032415762	CHAVES LESLIE YNETH	59	0	N																			230301	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