Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
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:	LEIDY VEGA ESTUPIÑAN							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1024483105		
CORREO ELECTRONICO:	esvelao@gmail.com				CELULAR:	3508769968		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CONTRATO PAPSIVI				SEDE:	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K33-8	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570007070346072				PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	5580			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	2148	FECHA	2025-11-05 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	49733	FECHA	2025-11-10 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	=VLOOKUP(B5224,'[1]2025'!$B:$E,4,0)						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2025-10-01		2025-10-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$5,262,400						
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	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:	$6,314,880
VALOR EJECUTADO	$5,613,226
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,262,400
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$701,654
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	89%

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
9493001169-9493727408	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

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 de profesional universitario 3, en la modalidad, colectivo étnico y o estrategia que tenga asignada conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del componente de atención psicosocial del PAPSIVI y o de las estrategias diferenciales para personas víctimas del conflicto armado residentes en el Distrito Capital, en concordancia a estándares institucionales, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del contrato"	Cumpli con lineamientos propouestos con veracidad y calidad	Diligenciamiento de matriz
"Realizar el cargue de la información con respecto a los procesos de atención alrededor del componente de atención psicosocial del PAPSIVI, en los formatos, aplicativos y/o matrices dispuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y/o Secretaria Distrital de salud, conforme a las condiciones técnicas requeridas de manera semanal."	Realice carge de la información y atención psicosocial a las familia conforme a las condiciones tecnicas requeridas.	Ingreso aplicativo SDS, Diligenciamiento de matriz
"Reportar los casos prioritarios (si los hubiere) al componente de atención psicosocial del PAPSIVI y o de acciones de promoción y prevención, para el respectivo seguimiento y la activación del proceso en pro de una atención integral."	Realice informes de notificación SIVIM y SIVIC	Realice reporte SIVIM y SIVIC y envie correo corespondiente al cordinador
"Participar en asistencias técnicas, reuniones de seguimiento y sesiones de coordinación convocadas por la Secretaría Distrital de Salud y o por las coordinaciones del proceso, ordinarias o extraordinarias, aportando análisis y elementos técnicos desde su rol profesional. "	Participe de las asistencia tecnicas propuesta para el mes de octubre	Listado de de asistencia y actas de reunión
"Asistir a las jornadas de fortalecimiento de capacidades técnicas programadas "	Participe en ela Jornadas de fortalecimiento y capacitaciones tecnicas propuesta para el mes de octubre	Listado de de asistencia y actas de reunión
"Participar en las jornadas de cuidado emocional convocadas, orientadas a la descarga emocional vinculado al proceso."	Participe en las jornadas de cuidado emocional propuestas para el mes de octubre	Listado de de asistencia y actas de reunión
"Diseñar y presentar una propuesta metodológica para la realización de los diálogos de saberes en salud, e implementarla en los centros de encuentro u otros espacios definidos en coordinación con la SDS, según el cronograma establecido de acuerdo a los requerimientos."	Se realiza en atención a punto ficha metodológica diálogos de saberes en salud derecho a la salud	Entrega de relatorias y alimentación de matriz de dialogos de saberes
"Asistir y participar activamente en las jornadas de sensibilización, socialización, divulgación o conmemoración que sean convocadas por la Secretaría Distrital de Salud, en el marco del programa de personas víctimas del conflicto armado "	Diligenciamiento de matriz	Matris de atencion psicosocial diligenciada y actualizada a la fecha
"Elaborar y entregar insumos técnicos necesarios para la consolidación del informe mensual (o fracción de mes) y del informe final del componente de atención psicosocial del PAPSIVI y o de las estrategias diferenciales en la modalidad, colectivo étnico y o estrategia que tenga asignada, garantizando la calidad, pertinencia y veracidad de la información reportada."	No aplica para este mes	No aplica para este mes
"Diligenciar la matriz de identificación de resultados e impactos de la implementación de la modalidad y o estrategia asignada, en articulación con el equipo de la estrategia Formar en Paz, cuando sea requerido"	No aplica para este mes	No aplica para este mes
"Acompañamiento y/o seguimiento en la implementación, seguimiento y gestión del Protocolo de Atención Psicosocial y Salud Integral a VCA con las EAPB y o las IPS; cuando le sea asignado dentro del proceso."	Realice acompañamiento y seguimiento a las familias asignadas en ente ciclo	Realización de matriz psicosocial, diligenciamineto de PAP 010. 020. 030
"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. "	Porto de manera adecuda el carnet y chaqueta institucional	Portar adecuadamente la identifición institucional
"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 las personas víctimas del conflicto armado "	Se mantiene absoluta confiabilidad con las familias, informacion y porcesos realizados	Manejo adecuado de los datos y confidencialidad de las familias
"Apoyar la ejecución de las jornadas y actividades que se requieran ante eventualidades o eventos de interés en salud pública."	No aplica para este mes	No aplica para este mes
"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"	Revisón y entrega de soportes al cordinador y ajustes pertinente según lo indique el cordinador	Actas de revisón y listado de asistencia

Copia certificada Subred Sur Occidente

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024483105		VEGA ESTUPIÑAN LEIDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	dag 4dsur 2c 135	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1863928670	9493001169	I	2025/10/02	2025/10/20	NEQUI	18	$32,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$94,900	$15,200			$94,900	$11,900			$94,900	$1,900			$94,900		$2,400		$0	$0		$31,400
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$94,900	$15,200			$94,900	$11,900			$94,900	$1,900			$94,900		$2,400		$0	$0		$31,400
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																						$94,900	$15,200			$94,900	$11,900			$94,900	$1,900			$94,900		$2,400		$0	$0		$31,400
1	CC	1024483105	VEGA LEIDY	X	X															23030 1	2	$94,900	$15,200	EPS002	2	$94,900	$11,900	CCF21	2	$94,900	$1,900	14-11	2	$94,900	2.436%	$2,400	2	$0	$0	No	$31,400
Total	**Afiliados(1)**																					$94,900	$15,200			$94,900	$11,900			$94,900	$1,900			$94,900		$2,400		$0	$0		$31,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024483105		VEGA ESTUPIÑAN LEIDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	dag 4dsur 2c 135	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1863928670	9493001169	I	2025/10/02	2025/10/20	NEQUI	18	$32,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,200	$200	$0	$15,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$15,200	$200	$0	$15,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,400	$100	$0	$2,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$2,400	$100	$0	$2,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,900	$100	$0	$2,000
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$1,900	$100	$0	$2,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,900	$200	$0	$12,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$11,900	$200	$0	$12,100
TOTAL				**1**	**$31,400**	**$600**	**$0**	**$32,000**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024483105		VEGA ESTUPIÑAN LEIDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	dag 4dsur 2c 135	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1873787765	9493727408	N	2025/10/02	2025/10/23	BANCO DAVIVIENDA	21	$15,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$45,431	$7,300			$45,431	$5,700			$45,431	$1,000			$45,431		$1,100		$0	$0		$15,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$45,431	$7,300			$45,431	$5,700			$45,431	$1,000			$45,431		$1,100		$0	$0		$15,100
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																							$45,431	$7,300			$45,431	$5,700			$45,431	$1,000			$45,431		$1,100		$0	$0		$15,100
1	CC	1024483105	VEGA LEIDY	X	X							A			▫	▫					230301	2	($94,900)	($15,200)	EPS002	2	($94,900)	($11,900)	CCF21	2	($94,900)	($1,900)	14-11	2	($94,900)	2.436%	($2,400)	2	$0	$0	No	($31,400)
2	CC	1024483105	VEGA LEIDY	X	X							C									230301	2	$140,331	$22,500	EPS002	2	$140,331	$17,600	CCF21	2	$140,331	$2,900	14-11	2	$140,331	2.436%	$3,500	2	$0	$0	No	$46,500
Total			**Afiliados(1)**																				$45,431	$7,300			$45,431	$5,700			$45,431	$1,000			$45,431		$1,100		$0	$0		$15,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024483105		VEGA ESTUPIÑAN LEIDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	dag 4dsur 2c 135	SOACHA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1873787765	9493727408	N	2025/10/02	2025/10/23	BANCO DAVIVIENDA	21	$15,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,300	$100	$0	$7,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$7,300	$100	$0	$7,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,100	$100	$0	$1,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$1,100	$100	$0	$1,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,000	$100	$0	$1,100
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$1,000	$100	$0	$1,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,700	$100	$0	$5,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$5,700	$100	$0	$5,800
TOTAL				1	$15,100	$400	$0	$15,500

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

LEIDY VEGA ESTUPIÑAN

C.C 1024483105 DE BOGOTÁ

La suma de $ 5.262.400 CINCO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS, por concepto de servicios como PROFESIONAL UNIVERSITARIO en el **Contrato No. 8295757-2025**, durante el periodo del 01 de octubre al 31 de octubre de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5580-2025.



LEIDY VEGA ESTUPIÑAN

C.C 1024483105 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0570007070346072

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



JONATHAN GILBERTO ROMERO CARRION
Coordinador Modalidad Familiar
Apoyo a la supervisión
Contrato No. 8295757-2025 (PAPSIVI)