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:	Leidy Milena Real Vega						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1014221922	
CORREO ELECTRONICO:	leidyreal777@hotmail.com				CELULAR:	3203987790	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K32	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO FALABELLA S A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	111702078343				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	6481			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	2296	FECHA	2025-11-21 15:56:34.000	NÚMERO DE CRP	55535	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	Profesional Especializado 4						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2025-11-01		2025-11-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$5,483,200						
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:	$12,337,200
VALOR EJECUTADO	$10,966,400
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,483,200
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,370,800
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
91439528	$2,215,974	$276,997	$354,556	3	$53,981	$685,534

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre 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 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	INTERVENCION DE INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS DE CAMPO	INFORMES DE IEC
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	NO PROGRAMADO PARA ESTE MES	NO PROGRAMADO PARA ESTE MES
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	ATENCION DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA A DEMANDA	INFORMES DE IEC
REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES OPERATIVAS, INDICADORES, 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	ATENCION DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA, SEGUIMIENTO A RESULTADOS	INFORMES DE IEC
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	ASISTENCIA A MESA TECNICA SIVIGILA-TRANSMISIBLES	LISTADO DE ASISTENCIA
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	ENTREGA DE INFORMES DE IEC AJUSTADOS SEGÚN SOLICITUDES DE REFERENTES	INFORMES DE IEC
INFORMAR OPORTUNAMENTE SOBRE CUALQUIER EVENTUALIDAD QUE INTERFIERA EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS, RESPONDIENDO A LA DISPONIBILIDAD SEGÚN PROGRAMACIÓN Y NECESIDAD DEL SERVICIO	RETROALIMENTACION DE IEC FALLIDAS A UPGD Y EAPB, SE INFORMA CASOS SIN MUESTRA	CORREOS ELECTRONICOS
MANTENER LA IMAGEN INSTITUCIONAL A TRAVÉS DE LAS ACTUACIONES INDIVIDUALES	BUENA PRESENTACION PERSONAL EN LAS INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS	BUENA PRESENTACION PERSONAL, VOCABULARIO ADECUADO DURANTE LAS INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS DE CAMPO
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 YO ELEMENTOS ASIGNADOS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES DEL CONVENIO	USO DE CARNET Y CHAQUETA INSTITUCIONAL EN CADA UNA DE LAS INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS DE CAMPO, USO ADECUADO DE VEHICULOS	ELEMENTOS DE IDENTIFACION INSTITUCIONAL, VEHICULOS EN BUEN ESTADO
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	USO DE CARNET Y CHAQUETA INSTITUCIONAL EN CADA UNA DE LAS INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGCAS DE CAMPO, USO ADECUADO DE VEHICULOS	ELEMENTOS DE IDENTIFACION INSTITUCIONAL, VEHICULOS EN BUEN ESTADO
CUMPLIR CON LA NORMATIVA DE GESTIÓN DOCUMENTAL PARA LA ENTREGA DE SOPORTES Y O INFORMES REQUERIDOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO	NO PROGRAMADO PARA ESTE MES	NO PROGRAMADO PARA ESTE MES
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	PROTECCION DE DATOS PERSONALES DE LOS EVENTOS INTERVENIDOS	FORMATO DE CONFIDENCIALIDAD, FORMATOS DE FIRMAS
REALIZAR SEGUIMIENTO OPERATIVO EN CAMPO PARA VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES DE LOS OPS DE SU ENTORNO; ASÍ COMO LA CORRECTA APLICACIÓN DE LOS ACUERDOS CONTRACTUALES, CON EL FIN DE GARANTIZAR LA ADECUADA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LOS TÉRMINOS LEGALES, PRESUPUESTALES Y CONTRACTUALES VIGENTES	INVESTIGACIONES EPIDEMIOLOGICAS DE CAMPO EFECTIVAS	FORMATO DE FIRMAS

Copia Certificada Subred Sur Occidente

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 DE ESTE	NO PROGRAMADO PARA ESTE MES	NO PROGRAMADO PARA ESTE MES

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 E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LEIDY MILENA REAL VEGA

CC 1014221922 DE Bogotá

La suma de $ 5.483.200 cinco millones cuatrocientos ochenta y tres mil doscientos pesos, por concepto de servicios prestados como profesional especializado 4 en el proceso de Vigilancia en Salud pública durante el periodo de 1 al 30 de noviembre 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6481-2025

LEIDY MILENA REAL VEGA

CC 1014221922 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO FALABELLA S.A

NUMERO **111702078343**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de noviembre del 2025 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

MARI LUZ MUÑETON DIAZ
Líder de Proceso
Vigilancia en Salud Publica

LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO
Referente Vigilancia en Salud Pública

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1014221922	LEIDY MILENA REAL VEGA		KR 88 D NO 6 D 12 TR 7 AP324	4652127	leidyreal777@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	91439528	$731.100

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	277.000	0		0		0	2	400	0	277.400	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
231001	Colfondos	800227940-6	354.600	0	0	0	0	2	500	0	355.100	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	54.000				54.000	2	100	54.100			540	54.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	44.400	2	100	44.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	277.000	277.400
Pensión	1	354.600	355.100
Riesgos Laborales	1	54.000	54.100
CCF	1	44.400	44.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	730.000	731.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**
CC	1014221922	LEIDY MILENA REAL VEGA		KR 88 D NO 6 D 12 TR 7 AP324	4652127	leidyreal777@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**
					EMPLEADOS / **UPC**
					1 / 0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	91439528	$731.100

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1014221922	REAL VEGA LEIDY MILENA	59	0			N																	231001	2.215.974	354.600	0	0	0	0	EPS008	2.215.974	277.000	14-11	2.215.974	3	54.000	CCF24	2.215.974	44.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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