

|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                          |                                 |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|---------------------------------|------------------------|----------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                                 |                        |                          |                                 |                        | Versión<br>3                     |            |  |                            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                    |                        |                          |                                 |                        | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |            |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                          |                                 |                        | Código:<br>04-02-FO-0002         |            |                                                                                     |                            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                     |                        |                          |                                 |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          | LAURA MILENA SANDOVAL VANEGAS   |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          | C.C                             | X                      | C.E                              | No.        |                                                                                     | 39679838                   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                             |                        |                          | LAUMILE81.LS@GMAIL.COM          |                        |                                  | CELULAR:   |                                                                                     | 3219098927                 |
| 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 CAJA SOCIAL S.A. |                          |                                 |                        | TIPO DE CUENTA:                  |            | AHORRO                                                                              |                            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                          | 24141646877                     |                        |                                  |            | PENSIONADO                                                                          | NO                         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                        |                        |                          |                                 |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                              |                        | 6038                     |                                 |                        | VIGENCIA                         |            | 2025                                                                                |                            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                   | 2296                   | FECHA                    | 2025-11-21<br>15:56:34.000      |                        | NÚMERO DE CRP                    | 55114      | FECHA                                                                               | 2025-11-30<br>00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                            |                        | Bachiller                |                                 |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                            |                        |                          | DESDE                           | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA      | FECHA FINAL                                                                         |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                          |                                 | 2025-11-01             |                                  |            | 2025-11-30                                                                          |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                     |                        |                          |                                 |                        | \$2,226,400                      |            |                                                                                     |                            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          |                                 |                        | \$4,452,800                      |            |                                                                                     |                            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                          |                                 |                        | \$4,452,800                      |            |                                                                                     |                            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                    |                        |                          |                                 |                        | \$2,226,400                      |            |                                                                                     |                            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                          |                                 |                        | \$0                              |            |                                                                                     |                            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                 |                        | \$0                              |            |                                                                                     |                            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          |                                 |                        | 100%                             |            |                                                                                     |                            |
| 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                                                                       |                            |
| 90969014                                                                                                                                                                                                                                                        | \$908,526              | \$113,566                |                                 | \$145,364              | 3                                | \$22,132   | \$281,062                                                                           |                            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.<br><br><div style="text-align: center;"> <b>MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ</b><br/>           52744682<br/>           Supervisor         </div> |                        |                          |                                 |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
| 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..<br>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 en el anexo N° 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 realiza el ingreso de las fichas de notificación al aplicativo savigila DC, notificado por las UPGD y UI de los subsistemas VESPA, SIVELSI, SIVIM Y SISVECOS | Tableros de control          |
| 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 realiza cumplimiento de las actividades correspondientes a los lineamientos de SDS                                                                           | Producto entregado           |
| 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                                                                                                                                                                                                                                      | No se programa para este mes                                                                                                                                    | Producto entregado           |
| Fortalecer grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | No se programa para este me                                                                                                                                     | No se programa para este me  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | No se programa para este me                                                                                                                                     | No se programa para este me  |
| 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.                                                                                         | Participación activa en dichas entrega                                                                                                                          | Tableros de control          |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | No se programa para este mes                                                                                                                                    | No se programa para este mes |
| Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | N/A                                                                                                                                                             | Tablero de control           |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                       | N/A                                                                                                                                                             | Tablero de control           |
| Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | No se programa para este mes                                                                                                                                    | N/A                          |
| 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                                                                                                                                                                                                                | No se programa para este mes                                                                                                                                    | N/A                          |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | N/A                                                                                                                                                             | Tablero de control           |

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE AFACTURA**  
**LASUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR**  
**OCCIDENTE NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LAURA MILENA**  
**SANDOVAL VANEGAS**  
**CC 39.679.838 DESOACHA**

La suma de DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTISEIS MIL CUATROCIENTOS (\$2.226.400) por concepto de servicios como DIGITADORA en el entorno VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA durante el periodo de 1 al 30 de NOVIEMBRE de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6038-2025



**LAURA MILENA SANDOVAL VANEGAS**  
**CC 39679838 DE SOACHA**  
**CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL**  
**NUMERO 24141646877**

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



**LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO**  
**Referente Vigilancia en Salud Pública**

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/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             | 13/11/2025               | 90969014        | \$441.000     |     |

| 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 | 178.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 1         | 200                   | 0              | 178.200       | 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 |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 1         | 200                   | 0              | 228.000       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                           |                  |       |                           |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|---------------------------|------------------|-------|---------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización<br>Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros<br>Sistemas | Valor Neto<br>Cotización | Días<br>Mora | Valor Mora<br>Cotización | Subtotal<br>Cotización | No. Radicado<br>Saldo a Favor | Valor Saldo a<br>Favor | Fondo<br>Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                           | No. Autorización | Valor |                           |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 34.700                    |                  |       |                           | 34.700                   | 1            | 100                      | 34.800                 |                               |                        | 347                  | 34.800        | 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                    | 1         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 1         | 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                              | 178.000                             | 178.200       |
| Pensión                | 1                              | 227.800                             | 228.000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 34.700                              | 34.800        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 440.500                             | 441.000       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|----------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN      | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 39679838          | LAURA MILENA SANDOVAL VANEGAS |        | Calle 43 #9-08 | 3219098927         | Laumile81.ts@gmail.com              |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL               | CÓDIGO | DEPARTAMENTO   | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                               |        | CUNDINAMARCA   | SOACHA             |                                     |
|                     |                   |                               |        |                |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                               |        |                |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-10              | 2025-10                           | I             | 13/11/2025               | 90969014        | \$441.000     |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                               |           |         |           |                   |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     |          |           |                        |          |                   |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |   |   |   |   |   |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------|---------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|----------|-----------|------------------------|----------|-------------------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|---|---|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               |           |         |           |                   |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |          | SALUD     |                        |          | RIESGOS LABORALES |                 |            | CCF        |           |            | PARAFISCALES           |             |             |             |            |   |   |   |   |   |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SILN | IOE | IVA | IVA     | IVA | IVA | IVA | IVA | 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   | 39679838              | SANDOVAL VANEGAS LAURA MILENA | 57        | 0       |           | N                 |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     | 230301   | 1.423.500 | 227.800                | 0        | 0                 | 0               | 0          | EPS008     | 1.423.500 | 178.000    | 14-11                  | 1.423.500   | 3           | 34.700      |            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA