



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 21:21:52
LEIDY TATIANA PER...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 [Información general](#)

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 [Condiciones](#)

VER CONTRATO

3 [Bienes y servicios](#)

Ejecución del Contrato

4 [Documentos del Proveedor](#)

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 [Documentos del contrato](#)

6 [Información presupuestal](#)

7 **Ejecución del Contrato**

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

8 [Modificaciones del Contrato](#)

9 [Incumplimientos](#)

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	01	4/10/2025 11:54:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	4.195.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 002	02	1/11/2025 11:57:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	4.195.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 003	03	1/12/2025 10:04:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	4.195.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 004	004	1/01/2026 8:14:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	4.195.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 005	05	1/02/2026 8:27:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	4.195.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 006	06	1/03/2026 1:17:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	4.195.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐	OCTUBRE (1).pdf	OCTUBRE (1).pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	NOVIEMBRE (2) (3).pdf	NOVIEMBRE (2) (3).pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	DICIEMBRE (3).pdf	DICIEMBRE (3).pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	ENERO.pdf	ENERO.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	FEBRERO.pdf	FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	MARZO (2).pdf	MARZO (2).pdf	Proveedor	Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

					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:			Leidy Tatiana Perez Avila					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1032494032
CORREO ELECTRONICO:			perezavil14@gmail.com			CELULAR:		3157177112
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PIC ENTORNO CUIDADOR COMUNITARIA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K30	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO CAJA SOCIAL S.A.			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			24092899584				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		6751			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP		249	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP		4276	FECHA 2026-01-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-04-01			2026-04-30	
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:					\$33,561,600			
VALOR EJECUTADO					\$25,170,600			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$4,195,200			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$8,391,000			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					75%			
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	
68612584	\$1,678,080	\$209,760		\$268,493	3	\$40,878	\$519,131	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril 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
1.- 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 realizan las actividades correspondientes al perfil de profesional de Trabajo Social establecido en el lineamiento técnico de la Gestión en Salud Pública - GSP ofreciendo servicios de atención psicosocial.	Actas, sesiones colectivas, formato de bienestar integral (ficha maps), fichas técnicas, portafolio de servicios.
2.- 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 participa activamente de las jornadas programadas desde la necesidad identificada por el equipo de Escucha Activa Conectando con el Bienestar y jornadas propuestas por SDS.	Ficha de sesiones colectivas.
3.- 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 realiza el reconocimiento de agentes territoriales de las localidades de Bosa, Fontibon, Kennedy y Puente Aranda dentro de las jornadas que se realizaron en dichas localidades durante el mes de abril.	Matriz diaria de seguimiento distrital.
4.- Fortalecer grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	Realizar acciones pedagógicas para el fortalecimiento de redes comunitarias y grupos brindando sensibilización, educación, canalización y atención individual para la notificación de interés en salud pública.	Ficha de Sesiones colectivas.
5.- 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 técnica de la SUBREDSUROCCIDENTE el día 24/04/2026, reunión de entorno el día 24/04/2026. asistencia técnica de SUBREDSUROCCIDENTE el día 27/04/2026. Curso de fortalecimiento de competencias en la implementación de la RPMS por curso de vida.	Acta de asistencia.
6.- 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 realiza la entrega de cronograma mensual de actividades y papelería correspondiente a la actividad realizada.	Cronograma, portafolio de servicios, sesiones colectivas, actas, matriz de seguimiento, seguimiento a meta.
7.- 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 entrega de manera oportuna los soportes de las actividades realizadas en campo.	Fichas de sesiones colectivas, MAPS, actas.
8.- Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	Dirigir el servicio de manera atenta y respetuosa a los usuarios con un buen uso del vocabulario, acciones y comunicación asertiva.	El correcto uso del material representativo de la institución.
9.- 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.	Tener un correcto uso de los elementos representativo de la institución como el carnet y chaqueta, dirigirse de manera responsable y respetuosa a los usuarios.	Porte adecuado de la chaqueta y el carnet institucional.
10.- Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	Se realiza una correcta gestión documental entregando los soportes según los tiempos establecidos.	Actas, fichas de sesiones colectivas.
11.- 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.	Se brinda cumplimiento a la política de tratamiento y protección de datos personales de la SUBRED SUROCCIDENTE teniendo completa confidencialidad sobre la información a la que se tiene acceso de los usuarios y de la institución.	formato de sesiones colectivas.
12.- 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 cumple a cabalidad con las actividades de apoyo que se requieran por parte del supervisor del contrato con las jornadas programadas a necesidad de la población.	Formato de sesiones colectivas.

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:

LEIDY TATIANA PEREZ AVILA

CC 1.032.494.032 de Bogotá.

La suma de cuatro millones ciento noventa y cinco mil doscientos pesos (\$4.195.200) por concepto de servicios como TRABAJADORA SOCIAL en el entorno comunitario, durante el periodo del 1 al 30 de abril de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6751-2025



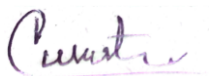
LEIDY TATIANA PEREZ AVILA

C.C 1.032.494.032 de Bogotá D.C

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24092899584

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente mes de ABRIL de 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



Maribel Cortes Suarez

Apoyo a la supervisión

Líder localidad de Puente Aranda

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032494032	LEIDY TATIANA PEREZ AVILA		CL 65C SUR 11 60	3157177112	perezavil14@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
		76176141	14/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$543.100	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	3	500	0	219.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	3	700	0	280.900	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	3	100	42.800			427	42.800	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	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	219.400
Pensión	1	280.200	280.900
Riesgos Laborales	1	42.700	42.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	543.100

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76176141	14/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$543.100	

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Contante	Sedepo	Estrategia	Cóten cenerior	Incentivos	HAS	DIA	LUGAR	TIPO	VPS	NST	SLAN	KSE	LMA	VAC	AVP	PVT	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	Aaporte ESAP	Aaporte MEN	
1	CC 1032494032	PEREZ AVILA LEIDY TATHIANA	59	0		N																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0