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
Fecha de aprobación	2/15/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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	1717	FECHA	2026-08-13 15:57:27.000	NÚMERO DE CRP	31106	FECHA	2026-08-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2026-08-01		2026-08-31			
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:	$58,884,800
VALOR EJECUTADO	$56,678,400
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,483,200
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,206,400
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

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
94275025	$2,466,880	$308,360	$394,701	3	$60,093	$763,154

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto 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

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	FORTALECIMIENTO TRANSMISIBLES PARALISIS FLACIDA AGUDA	LISTADO DE ASISTENCIA
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	FORTALECIMIENTO TRANSMISIBLES PARALISIS FLACIDA AGUDA	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 IDENTIFICACION 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 EPIDEMIOLOGICAS DE CAMPO, USO ADECUADO DE VEHICULOS	ELEMENTOS DE IDENTIFICACION 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	NVESTIGACIONES 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 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 31 de agosto 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6481-2025

Leidy Real Vega

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 agosto 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

Julieth Alejandra Delgado O.

JULIETH ALEJANDRA DELGADO OSPINA
Líder de Proceso Vigilancia
en Salud Pública

Lady Viviana Rodriguez G.

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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94275025	12/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$2,466,880	$814.000	

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	308.400	0		0		0	2	500	0	308.900	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	394.800	0	0	0	0	2	600	0	395.400	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	60.100				60.100	2	100	60.200			601	60.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	49.400	2	100	49.500	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	308.400	308.900
Pensión	1	394.800	395.400
Riesgos Laborales	1	60.100	60.200
CCF	1	49.400	49.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	812.700	814.000

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	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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94275025	12/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$2,466,880	$814.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	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 1014221922	REAL VEGA LEIDY MILENA	59	0			N																	231001	2.466.880	30	394.800	0	0	0	0	EPS008	2.466.880	30	308.400	14-11	2.466.880	30	3	60.100	CCF24	2.466.880	30	49.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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