

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                            |                                           |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------|---------------------|---------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|  <div>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</div>                                            |                   |                                            |                                           |                        | Versión             | 3             |               |  <div>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</div> |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                            |                                           |                        | Fecha de aprobación | 2/15/2018     |               |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                            |                                           |                        | Código:             | 04-02-FO-0002 |               |                                                                                                                              |    |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                            |                                           |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                            | Marly Alejandra Cardozo Santos            |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                            | C.C                                       | X                      | C.E                 | No.           |               | 1015453332                                                                                                                   |    |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                                            | aleja_cardozo@outlook.com                 |                        |                     | CELULAR:      |               | 3202522033                                                                                                                   |    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                            |                                           |                        |                     | SUBRED        |               |                                                                                                                              |    |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                            | PIC GOBERNANZA SALUD PUBLICA PIC FONTIBON |                        |                     | SEDE:         |               | SUBRED                                                                                                                       |    |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                                          |                                           |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K25           | 100                                        |                                           |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A                       |                                           |                        | TIPO DE CUENTA:     |               | AHORRO        |                                                                                                                              |    |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                            | 8200745431                                |                        |                     |               | PENSIONADO    |                                                                                                                              | NO |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                                            |                                           |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 1902                                       |                                           |                        | VIGENCIA            |               |               | 2023                                                                                                                         |    |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 289               | FECHA                                      | 2024-01-17 10:55:11.000                   |                        | NÚMERO DE CRP       | 9640          | FECHA         | 2024-01-17 11:59:00.000                                                                                                      |    |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL - REFERENTE PP SALUD AMBIENTAL |                                           |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                            | DESDE                                     | FECHA INICIAL          |                     | HASTA         | FECHA FINAL   |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                            |                                           | 2024-01-01             |                     |               | 2024-01-31    |                                                                                                                              |    |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                            |                                           | \$3,998,070            |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                            |                                           |                        |                     | \$47,621,871  |               |                                                                                                                              |    |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                            |                                           |                        |                     | \$47,453,728  |               |                                                                                                                              |    |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                            |                                           |                        |                     | \$3,998,070   |               |                                                                                                                              |    |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                            |                                           |                        |                     | \$0           |               |                                                                                                                              |    |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                            |                                           |                        |                     | \$168,143     |               |                                                                                                                              |    |
| 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 |                                                                                                                              |    |
| 1059606244                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,599,228       | \$199,904                                  |                                           | \$255,876              | 3                   | \$38,957      | \$494,737     |                                                                                                                              |    |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                                            |                                           |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |
| JUDY MARCELA LOPEZ GUERRERO<br>52772363<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                                            |                                           |                        |                     |               |               |                                                                                                                              |    |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                            | PRODUCTOS                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Identificar y consolidar las problemáticas, prioridades y asuntos relevantes, relacionadas con la salud ambiental generando propuestas para posicionarlas en los escenarios locales de decisión y en los espacios institucionales de la ESE                                                                        | Asistencia a reuniones de salud ambiental, aportando conocimientos e información sobre el proceso de rutas transectoriales. Identificación de necesidades en salud ambiental en la comunidad. Recepción y gestión de las PCO de Vigilancia Comunitaria | Actas, correos y listados de asistencia que evidencian la participación en las actividades. |
| Participar en la construcción, ajuste, implementación, monitoreo y seguimiento a la política pública de salud ambiental, integrando los compromisos institucionales, locales y sectoriales adquiridos en el marco de los ejes de la política y en lo que compete de acuerdo con la dinámica local e institucional. | Posicionamiento de la política Distrital de Salud Ambiental en las diferentes instancias de participación CAL, Mesa de residuos, CPYBA, Mesa de Humedales.                                                                                             | Actas y listados de asistencia                                                              |
| Desarrollar jornadas o encuentros de asistencia técnica para la apropiación conceptual y metodológica por parte de los referentes de equipos operativos, para orientar los enfoques y alcances de las acciones en el marco del plan de gestión concertado con los equipos técnicos                                 | Se participa en la asistencia técnica propuesta por la Secretaría distrital de salud                                                                                                                                                                   | Actas y listados de asistencia                                                              |
| Aportar al análisis de situación en salud por etapa de ciclo vital a nivel intersectorial que guarde armonía con el plan de análisis del equipo ASIS. Debe incluir el análisis del componente de salud ambiental, dentro del Plan de salud de intervenciones colectivas.                                           | Se articulan las acciones pertinentes con análisis de situación en salud haciendo énfasis en la política distrital de salud ambiental.                                                                                                                 | Actas, correos y listados de asistencia                                                     |
| Realizar procesos de monitoreo y seguimiento a las acciones propias de la política de salud ambiental, por medio de seguimiento a indicadores trazadores en salud, seguimiento al cumplimiento de las metas distritales de salud e indicadores institucionales, entre otros                                        | Diligenciamiento de la matriz 7831, tablero de control, PALSA, PAEAS, matriz de cumplimiento, matriz de seguimiento a políticas, matriz de compromisos.                                                                                                | Drive de matrices                                                                           |
| Aportar a la construcción e implementación de rutas de atención en salud que vinculen las dimensiones sectorial y transectorial, en busca de optimizar la respuesta a las necesidades de los usuarios como individuo, familia y comunidad.                                                                         | Socialización de rutas de atención en salud                                                                                                                                                                                                            | Acta y listado de asistencia                                                                |
| Coordinar o apoyar las jornadas, campañas y demás actividades de visibilización de la política pública o del tema de salud ambiental en las localidades y el distrito.                                                                                                                                             | Desarrollo compromisos (jornadas, recorridos, ferias) en articulación con las instituciones presentes en la localidad y colectivos comunitarios, entre otros.                                                                                          | Actas y listados de los compromisos                                                         |
| Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la ESE y la Secretaría Distrital de salud.                                                                                                                                                     | Participación de la asistencia técnica mensual por parte del líder de Análisis y Políticas y nivel central Secretaría distrital de salud                                                                                                               | Actas y listados de asistencia                                                              |
| Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaría Distrital de Salud y la Institución para el desarrollo de las actividades definidas los equipos de trabajo pertenecientes al plan de salud de intervenciones colectivas.                                | Se conocen e implementan los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaría distrital de salud y la institución                                                                                                   | Actas y listados de asistencia                                                              |
| Desarrollar de manera clara, completa y oportuna los instrumentos, informes y productos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.                                                                                                                                                                | Se entregan los instrumentos informes y productos que sean solicitados de manera oportuna                                                                                                                                                              | Informes y matrices                                                                         |

JUDY MARCELA LOPEZ GUERRERO  
52772363  
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

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



| Información de la Planilla Pagada        |                                |
|------------------------------------------|--------------------------------|
| Nit de comercio Operador de Información  | 900097333-9                    |
| Razón Social del Operador de Información | SIMPLE S.A.                    |
| Descripción                              | Pago de SuAporte               |
| Fecha                                    | 2024-01-11, 10:49:02 AM        |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos      | diciembre de 2023              |
| Periodo de Cotización Para Salud         | diciembre de 2023              |
| Empresa                                  | MARLY ALEJANDRA CARDOZO SANTOS |
| CEDULA CIUDADANIA                        | CC 1015453332                  |
| Código Sucursal (Nombre)                 | ( )                            |
| Referencia de Pago/ Número Planilla      | 1059606244                     |
| Tipo de Planilla                         | I                              |
| Número Transacción Bancaria/ CUS         | 390134185                      |
| Banco                                    | (1051) - BANCO DAVIVIENDA      |
| Valor                                    | \$ 527.600                     |
| Estado de la Transacción                 | Aprobada                       |
| Dirección IP de Origen                   | www.simple.co                  |

| Nit            | Código | Administradora                          | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|----------------|--------|-----------------------------------------|------------------|----------------|----------------------|
| N800224808     | 230301 | PORVENIR                                | 1                | \$ 255.900     | \$ 300               |
| N860066942     | EPS008 | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD    | 1                | \$ 200.000     | \$ 200               |
| N890903790     | 14-11  | ARL SURA                                | 1                | \$ 39.000      | \$ 100               |
| N860066942     | CCF24  | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR | 1                | \$ 32.000      | \$ 100               |
| SubTotales:    |        |                                         |                  | \$ 526.900     | \$ 700               |
| Total a Pagar: |        |                                         |                  |                | \$ 527.600           |



DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARLY ALEJANDRA CARDOZO SANTOS

CC 1015453332 De Bogotá

La suma de \$ 3998070 TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CERO SETENTA PESOS MTE, por concepto de servicios prestados como Profesional universitario 2 referente de la política de Salud Ambiental de Gobernanza área de Salud publica en la sede de Fontibón durante el periodo de 1 al 31 de enero de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 1902-2023



MARLY ALEJANDRA CARDOZO SANTOS

CC 1015453332 De Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 8200745431