

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**JOSE YESID MURCIA SUAREZ**

**C.C 80228472 DE BOGOTA**

La suma de UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL TREINTA Y CINCO M/CTE (\$1.999.035), por concepto de servicios como PROFESIONAL EN INGENIERIA QUÍMICA – PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 en el entorno VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL, durante el periodo de 1 al 15 de octubre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2262-2024.



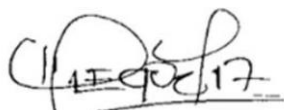
**JOSE YESID MURCIA SUAREZ**

**C.C 80228472 DE BOGOTA**

**CUENTADE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 0570008480299869**

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



**Diego Castillo Ortiz**

**Apoyo a la supervisión**

**Entorno Vigilancia en Salud Ambiental**

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                   |                                                     |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------|---------------------|---------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|  <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:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                   | JOSÉ YESID MURCIA SUAREZ                            |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                   | C.C                                                 | X                      | C.E                 | No.           |                         | 80228472                                                                                                                     |    |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                   | Jymurcias@gmail.com                                 |                        |                     | CELULAR:      |                         | 3112115070                                                                                                                   |    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                   |                                                     |                        |                     | SUBRED        |                         |                                                                                                                              |    |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                   | PIC VIGILANCIA SANITARIA SALUD PUBLICA PIC FONTIBON |                        |                     | SEDE:         |                         | SUBRED                                                                                                                       |    |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo      | %                                 |                                                     |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K31              | 100                               |                                                     |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A |                                   |                                                     |                        | TIPO DE CUENTA:     |               | AHORRO                  |                                                                                                                              |    |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                                   | 8480299869                                          |                        |                     |               | PENSIONADO              |                                                                                                                              | NO |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                      |                                   |                                                     |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 2262                              |                                                     |                        | VIGENCIA            |               |                         | 2024                                                                                                                         |    |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2161                 | FECHA                             | 2024-10-03 12:31:24.000                             | NÚMERO DE CRP          | 61523               | FECHA         | 2024-10-07 22:16:25.000 |                                                                                                                              |    |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | PROFESIONAL EN INGENIERIA QUIMICA |                                                     |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                                   | DESDE                                               | FECHA INICIAL          |                     | HASTA         | FECHA FINAL             |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                   |                                                     | 2024-10-01             |                     |               | 2024-10-15              |                                                                                                                              |    |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                   |                                                     | \$1,999,035            |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                   |                                                     |                        |                     | \$33,983,595  |                         |                                                                                                                              |    |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                   |                                                     |                        |                     | \$33,983,595  |                         |                                                                                                                              |    |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                                   |                                                     |                        |                     | \$1,999,035   |                         |                                                                                                                              |    |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                   |                                                     |                        |                     | \$0           |                         |                                                                                                                              |    |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                   |                                                     |                        |                     | \$0           |                         |                                                                                                                              |    |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                   |                                                     |                        |                     | 100%          |                         |                                                                                                                              |    |
| El intervisor 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           |                                                                                                                              |    |
| 81025260                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1,599,228          | \$199,904                         |                                                     | \$255,876              | 3                   | \$38,957      | \$494,737               |                                                                                                                              |    |
| Dado en Bogotá a los quince(15) días del mes de Octubre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                              |                      |                                   |                                                     |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| Bibiana Yulieth Avila Bohorquez<br>20888182<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                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Realizar, liderar o apoyar acciones y/o procesos de inspección, vigilancia sanitaria y/o epidemiológica, en diferentes líneas de intervención o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que sea designado, afines al perfil profesional conforme a lo establecido en los documentos técnicos, estándares y plan de acción en el contrato vigente entre la Subred y la Secretaría Distrital de Salud. | Visitas a establecimientos priorizados del proyecto de autorregulación con la estrategia de los 5 pasos, manejo de base priorizada                                                         | Actas correspondientes a establecimientos priorizados del proyecto de autorregulación, plan de trabajo mensual, actas de reunión, base de datos e informe mensual. |
| 2. Brindar asesoría técnica a la comunidad en normatividad Sanitaria y Ambiental.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Divulgación de estrategia de proyecto de autorregulación                                                                                                                                   | Actas de visita del proyecto de autorregulación.                                                                                                                   |
| 3. Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. Así como los respectivos cronogramas, de las visitas o acciones a realizar y realizadas.                                                                                                                                                                         | Formato de relación mensual de actas                                                                                                                                                       | Formato de relación mensual de actas                                                                                                                               |
| 4. Entregar oportunamente los productos que alimentan los sistemas de información en vigilancia sanitaria y otros.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Visitas a establecimientos priorizados del proyecto de autorregulación con la estrategia de los 5 pasos, manejo de base priorizada                                                         | Actas correspondientes a establecimientos priorizados del proyecto de autorregulación, plan de trabajo mensual, actas de reunión, base de datos e informe mensual. |
| 5. Acompañamiento a las auditorías internas y externas en caso de requerirse.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | "Formato revisión calidad actas "                                                                                                                                                          | "Formato Revisión calidad actas "                                                                                                                                  |
| 6. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones obtenidas.                                                                                                                                                                                                                                                                         | Implementación de acciones preventivas y/o correctivas de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones                                                                                     | Revisión de soportes en cada entrega.                                                                                                                              |
| 7. Mantener la confidencialidad de la información, reservas de los sistemas de información, derechos de autor en desarrollo de aplicaciones y programas tecnológicos, registro de soporte logístico (Software), definición de la auditoría de los documentos cinéticos y de más información que se genere dentro de las labores propias de su perfil en el componente de vigilancia sanitaria y ambiental y de vigilancia en salud pública.   | "Se mantiene confidencialidad de los sistemas de información "                                                                                                                             | No requiere soporte                                                                                                                                                |
| 8. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos y responder a la disponibilidad asignada.                                                                                                                                                                                                                                                                              | "Se informa oportunamente al referente sobre las situaciones presentadas. "                                                                                                                | "Mediante correo electrónico "                                                                                                                                     |
| 9. Llevar de forma ordenada un archivo físico y/o magnético de fácil consulta y verificación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | "Archivo físico y magnético "                                                                                                                                                              | Archivo físico y magnético de las Actas de inspección                                                                                                              |
| 10. Atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Se realiza respuestas a peticiones o quejas presentadas por la comunidad                                                                                                                   | Oficio de respuesta de las solicitudes del mes.                                                                                                                    |
| 11. Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que sean asignados y/o delegados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Reuniones asignadas por secretaria de salud, reunión de línea correspondiente al mes.                                                                                                      | "Actas de reunión y Listados de asistencia. "                                                                                                                      |
| 12. Apoyar la realización de jornadas , actividades y eventos de interés del área de salud pública o demás actividades de la subred, cuando sea requerido.                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Participación en conversatorios                                                                                                                                                            | Evaluaciones; Listados de asistencia                                                                                                                               |
| 13. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Se promueve el cuidado y custodia del patrimonio institucional.                                                                                                                            | No requiere soporte                                                                                                                                                |
| 14. Conocer, promover y aplicar las Políticas Institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo de la Subred.                                                                                                                                                                                                                | Se conocen, promueven y aplican las Políticas Institucionales.                                                                                                                             | No requiere soporte                                                                                                                                                |
| 15. Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando las técnicas de Bioseguridad.                                                                                                                                                                          | Se conocen, promueven y aplican las Normas de Gestión Ambiental, Residuos hospitalarios, Manual de higiene y Seguridad Industrial, Programa de salud ocupacionales y Planes de emergencia. | No requiere soporte                                                                                                                                                |

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez  
20888182  
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

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2024-09              | 2024-09                           | I             | 16/10/2024               | 81025260        | \$495.000     |     |

### 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 | 200.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 200.000       | 1             |

[illegible]

| 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 | 39.000                 |                  |       |                        | 39.000                | 0         | 0                     | 39.000              |                            |                     | 390               | 39.000        | 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                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 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                              | 200.000                             | 200.000       |
| Pensión                | 1                              | 256.000                             | 256.000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 39.000                              | 39.000        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 495.000                             | 495.000       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                          |        |                 |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------|--------|-----------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE         |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 80228472          | JOSE YESID MURCIA SUAREZ |        | DG 81C # 72B 09 | 2520740            | jymurcias@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 (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2024-09              | 2024-09                           | I             | 16/10/2024               | 81025260        | \$495.000     |
|                      |                                   |               |                          |                 | 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 | Sueldo | Exonerado | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | JOE | MAA | MAE     | MAF | MAJ | MAK | MAV | MAW | 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   | 80228472              | MURCIA SUAREZ JOSE YESID | 59        | 0      |           |                   | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     |     | 230301   | 1.600.000 | 256.000                | 0        | 0       | 0                 | 0          | EPS008     | 1.600.000 | 200.000    | 14-11                  | 1.600.000    | 3           | 39.000      |            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

