Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GRECIA RINCON						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1013650684	
CORREO ELECTRONICO:	digitadorgestiongrt@gmail.com				CELULAR:	3004139419	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K31	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	9070296364				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	9342			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1606	FECHA	2025-08-11 09:03:02.000	NÚMERO DE CRP	33908	FECHA	2025-08-15 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	DIGITADOR						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-07-01		2025-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,904,804				
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:	$17,509,633
VALOR EJECUTADO	$17,509,633
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,904,804
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1074080933	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2025. 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
Realizar, liderar o apoyar los procesos de inspección, vigilancia y control, toma y envió de muestras y operativos, 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 Secretaria Distrital de Salud	Realizar apoyo a gestion documental digitacion IVC , operativos y vehiculos	listado de asistencia y actas de soporte de la gestion documental y registro al drive de lo digitado
Realizar actividades de digitación del componente y demás registros de los software de Salud Pública de acuerdo a los estándares.	Digitación de las diferentes actas de IVC	Entrega de metas e informe en el DRIVE
Digitación permanente de la información consignada en todos los formatos de gestión territorial que requieran ser ingresados a medio magnético.	Se realiza digitación y se reporta al tecnico las inconsistencias encontradas para su respectiva correción	Informe en el DRIVE
Apoyar la digitación de Bases de datos del programa Salud urbana y las demás que se deriven de los equipos del programa.	Se realiza digitación y se reporta al tecnico las inconsistencias encontradas para su respectiva correción	Entrega de metas e informe en el DRIVE
Efectuar procesos de control de calidad de los contenidos de las fichas y formatos.	verificar que las actas entregadas del mes queden en el aplicativo SIVIGILA	Entrega de actas digitadas
Recibir y aplicar las orientaciones del técnico de sistemas a través del supervisor y establecer los mecanismos para información.	Dar cumplimiento de los requeriminetos de los lideres en los tiempos estipulados.	Dar cumplimiento de los requeriminetos de los lideres en los tiempos estipulados.
Suministrar los datos y la información de las bases de datos en el archivo plano cuando sean requeridos previa verificación para entrega.	SE SUMINISTRAN LOS DATOS SEGÚN CONFORME A LAS SOLICITUDES PARA SU VERIFICACIÓN	ENTREGA DE BASES DE DATOS DILIGENCIADAS EN EL DRIVE
Consolidar los resultados de sus actividades según los instrumentos de seguimiento que se hayan establecido	SE VERIFICAN LAS INCONSISTENCIAS ENCONTRADAS AL MOMENTO DE LA DESCARGA DEL REPORTE 367 DE VISITAS	SE REALIZAN LAS CORRECCIONES DE LAS INCONSISTENCIAS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS
Apoyar al Técnico de sistemas en la verificación y corrección de inconsistencias derivadas del desarrollo de las actividades del componente a su cargo.	Se realiza digitación y se reporta al tecnico las inconsistencias encontradas para su respectiva correción	Informe en el DRIVE
Verificar junto con el Técnico de sistemas los errores de estructura de los datos (calidad del dato), teniendo en cuenta que la revisión de la calidad es un proceso periódico y sistemático, que debe ser documentado ya que constituye el soporte principal de la validez de la información registrada en el aplicativo.	Se realiza digitación y se reporta al tecnico las inconsistencias encontradas para su respectiva correción	Informe en el DRIVE
Suministrar los datos y la información de las bases de datos en el archivo plano cuando sean requeridos previa verificación para entrega.	DILIGENCIAMIENTO DEL DRIVE DE CONTROL DE ENTREGAS CON LOS RESPECTIVOS ID Y FECHAS DE INGRESO DE ACTAS IVC	ENTREGA COMPLETA DEL DILIGENCIAMIENTO DE LAS CASILLAS CORRESPONDIENTE A DATOS DE DIGITACION DE ACTAS IVC
Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución y la Secretaria Distrital de salud	Conversatorios semanal o los programados, capacitaciones del componente	Entrega del Pre y Post
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 durante la ejecución de sus actividades, o durante los seguimientos internos y externos	SE REALIZA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACION Y DILIGENCIAMIENTO DEL ARCHIVO DRIVE	DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME O ARCHIVO DRIVE
Formular, ejecutar y hacer seguimiento a las acciones realizadas.	SE VERIFICAN LAS INCONSISTENCIAS ENCONTRADAS AL MOMENTO DE LA DESCARGA DEL REPORTE 367 DE VISITAS	SE REALIZAN LAS CORRECCIONES DE LAS INCONSISTENCIAS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS
Garantizar el cumplimiento de las metas programadas por la institución en concordancia a la totalidad del portafolio de servicios	verificar que las actas entregadas del mes queden en el aplicativo SIVIGILA	Entrega de actas digitadas
Presentar las preauditorias en los tiempos establecidos por lineamiento, por el supervisor o Coordinador de Vigilancia sanitaria y ambiental	SE PRESENTAN LAS PRE AUDITORIAS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS POR EL LINEAMIENTO	SE PRESENTAN LOS SOPORTES PARA LA VERIFICACION EN EL APLICATIVO SIVIGILA
Portar el carnet e insumos de la institucion de manera adecuada y con respeto.	Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que le sean asignados y/o delegados	Participar en el proceso de acreditación en salud de la Subred

Copia Controlada Subred Suroccidente

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 SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE

SALUD SUR OCCIDENTE NIT: 900.959.048-4

DEBEA: GRECIA RINCON TORRES
C.C.1013.650.684 BOGOTA

La suma de (Un millón, novecientos y cuatro mil, ochocientos cuatro pesos) $ $ 1.904.804, por concepto de servicios como (DIGITADOR) en el entorno VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL, durante el periodo de 1 al 31 de JULIO de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9342-2024.

Grecia Rincon T.

GRECIA RINCON TORRES

C.C.1013.650.684 DE BOGOTA

CUENTADEAHORROS BANCO

9070296364

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

(DANIEL CASTILLO)
Apoyo a la supervisión
PROCESO TRANSVERSAL VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 24-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, GRECIA RINCON TORRES
IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1013650684 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CL 8 SUR 32 B 27 **Teléfonos** 3004139419 0

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JOSE ANDRES GARZON RINCON	1031163857	Hijo(a)
LUIS GERINIMO GARZON RINCON	1021693995	Hijo(a)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 1.845.204,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 800.000,00
HONORARIOS	$ 1.845.204,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 4.490.408,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	009070296364	Santa Isabel	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
JOSE ANDRES GARZON	MANUTENCION	$ 300.000,00

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	GRECIA RINCON TORRES
Identificación:	1013650684
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Cargo:	
Correo:	digitadorgestiongrt@gmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante el ejercicio del cargo
Fecha Declaración:	24/07/25

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para actualizar durante el ejercicio del cargo

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Documento electrónico: 27dc279be8bbfe16a29de25d7f386dc2897204c5dd70cd2c8ffdb4be5c2b22f9

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

ARL

Medellin, 24 de julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **GRECIA RINCON TORRES** con documento de identidad **C1013650684**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2024-07-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL BOGOTA DC	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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	2025-07-11, 09:56:22 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	junio de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	junio de 2025
Empresa	GRECIA RINCON TORRES
CEDULA CIUDADANIA	CC 1013650684
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1074080933
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1620534486
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 469.000
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	$ 227.800	$ 0
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 178.000	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 34.700	$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 28.500	$ 0

SubTotales:	$ 469.000	$ 0
Total a Pagar:		$ 469.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!