2021 -09 -09 **1,900,800.00**

ALONSO BERNAL MAYRA ALEXANDRA

UN MILLóN NOVECIENTOS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE

MUNICIPIO DE SOACHA

CALLE 13 7-30
NIT. 800094755-7
SOACHA

COMPROBANTE DE EGRESO N° **12252**

Beneficiario: ALONSO BERNAL MAYRA ALEXANDRA
Cuenta No: 24037872025 **Banco:** BANCO CAJA SOCIAL Cuenta de Ahorros

Concepto : ACTA PARCIAL 2 AGOSTO 2021 CONTRATO N° 1984/2021 - PRESTACIÓN DE DE APOYO A LA GESTION PARA EL DESARROLLO DE LA DIMENSION DE CONVIVENCIA SOCIAL Y LA SALUD MENTAL EN EL MUNICIPIO DE SOACHA. BMP2020257540044.

Valor Egreso: 1,900,800.00 **Orden:** 11669

Banco: BANCO BANCOLOMBIA **Cuenta N° :** 22113580074

DETALLE DE LIQUIDACION DE ORDEN No.11669

Descripción	%	Valor Base		Valor
Descuentos y otros recargos				
RETENCION ICA 10 X MIL	-1,00	1,980,000.00		-19.800,00
Adulto Mayor	-3,00	1,980,000.00		-59.400,00
			-$	**79,200.00**
		VALOR NETO	**$**	**1.900.800,00**

CAMILO ANDRES CEPEDA CARRERO
TESORERO GENERAL (E)

ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO N° 12,252

No	Nit	Beneficiario	Valor Neto	Cheque Girado	Información bancaria beneficiario			Firma
					Cuenta	Tipo Cuenta	Entidad Bancaria	
1	1024502104	ALONSO BERNAL MAYRA ALEXANDRA	1,900,800.00		24037872025	de Ahorros	BANCO CAJA SOCI	
		TOTAL	**1,900,800.00**					

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

Elaboro: TRODRIGUEZ

COPIA

PCT Enterprise

MUNICIPIO DE SOACHA

NIT. 800094755-7

ORDEN DE PAGO

Vigencia Fiscal 2021 **Orden de Pago No. 11669**

Lugar y Fecha: SOACHA 8-sept.-2021
Tipo de Orden: TECNICOS OPS
Pagado a: ALONSO BERNAL MAYRA ALEXANDRA **Nit/C.C. :** 1024502104 0 Regimen Simplifi
Información Bancaria: Cuenta Bancaria N° 24037872025 - BANCO CAJA SOCIAL -Ahorros
Documento_: Contrato 1984
Facturas: ACTA PARCIAL 2 AGOSTO 2021 del 08/09/2021-;
Concepto: ACTA PARCIAL 2 AGOSTO 2021 CONTRATO N° 1984/2021 -PRESTACIÓN DE DE APOYO A LA GESTION PARA EL DESARROLLO DE LA DIMENSION DE CONVIVENCIA SOCIAL Y LA SALUD MENTAL EN EL MUNICIPIO DE SOACHA. BMP2020257540044.
Programa:

Registro Presupuestal: **3470** Vigencia Registro: **2021** Contrato : 1984

Detalle Orden

Imputación Presupuestal	Valor
0111 - A.2.2.17.2. - 7	1.980.000,00
	$ 1.980.000,00

Detalle Liquidación

Descripción	%	V. Base	Valor
Descuentos y otros recargos			
RETENCION ICA 10 X MIL	-1,000	1,980,000.00	-19.800,00
Adulto Mayor	-3,000	1,980,000.00	-59.400,00
			$-79.200,00
			$ 1.900.800,00

OP - APROBADA: El Secretario de Hacienda AUTORIZA la siguiente ORDEN DE PAGO, Conforme a lo consignado en la liquidación contenida en la presente AFECTACIÓN CONTABLE Y PRESUPUESTAL.

ANA LUCIA LOPEZ PINZON
SECRETARIA DE HACIENDA

Afectación Contable

Cuenta	Débito	Crédito	Descripción
24362705	0.00	19.800.00	RETENCION ICA 10 X MIL
249055	0.00	1.900.800.00	Servicios
24909009	0.00	59.400.00	Fondo Adulto mayor
55020502	1.980.000.00	0.00	Servicios
	1.980.000,00	1.980.000,00	

RAFAEL ALBERTO JAIME CASTRO
CONTADOR MUNICIPAL

12252

8 Sept 21

IMPRIMIO : ESPERANZA RAMIREZ

SAL134A

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: MUNICIPIO DE SOACHA
NIT: 800094755
Tipo de pago: PAGOS CUENTA MAESTRA

Nombre del pago: SAL134A
Secuencia: P
Número de cuenta a debitar: 22113580074

Fecha: 14-09-2021 **Hora:** 15:22:53
Fecha de Generación: 14-09-2021

Fecha de envío del pago: 09-09-2021
Fecha para Procesar el pago: 09-09-2021

Impreso por: Nrodriguez1

Total Registros del Lote: 1	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $1,900,800.00	**Valor Registros Procesados:** $1,900,800.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $0.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
00000024060145831	Ahorros	1024502104	MAYRA ALEXANDRA AL	1,900,800.00	BANCO CAJA SOCIAL	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	09-09-2021

Hacienda 1
F-15

Alcaldía Municipal de Soacha	ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA	CÓDIGO	GF-05-F01	
		VERSIÓN	2	
		FECHA DE APROBACIÓN		
	FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO	DD	MM	AA
		29	11	2018

ESPACIO PARA SELLOS

RADICACION	CENTRAL DE CUENTAS
11669	ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA SECRETARIA DE HACIENDA RECIBIO Fecha: SEP 7 Hora TF 15 86476

1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

NUMERO DE CONTRATO	1984
OBJETO	
PRESTACION DE APOYO A LA GESTION PARA EL DESARROLLO DE LA DIMENSION DE CONVIVENCIA SOCIAL Y LA SALUD MENTAL EN EL MUNICIPIO DE SOACHA.	

FECHA DE CONTRATO	01/07/2021
PLAZO DE EJECUCION	SEIS MESES
FECHA DE INICIO	02/07/2021
FECHA DE FINALIZACION	31/12/2021
PRORROGAS EN TIEMPO	
SUSPENSIONES EN TIEMPO	

CONTRATISTA			
MAYRA ALEXANDRA ALONSO BERNAL			
C.C.	X	NIT	1024502104
ACTIVIDAD ECONOMICA CIIU			8299
REGIMEN DE VENTAS			NO RESPONSABLE DE IVA

SUPERVISOR	
SANDRA GARCIA CHAVES	
CARGO	DIRECTORA DE SALUD PUBLICA
DEPENDENCIA	SALUD PUBLICA
CORREO	Sgarcia@alcaldiasoacha.gov.co

2. INFORMCION PARA TRAMITE DE PAGO

IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO

PAGO UNICO			
ACTA PARCIAL	X	N°.	2
ANTICIPIO		%	
PAGO ANTICIPADO		%	

PERIODO	1 DE AGOSTO AL 31 DE AGOSTO
VALOR DEL PAGO	1.980.000,00
VALOR DEL PAGO EN LETRAS	
MILLON NOVESCIENTOS OCHENTA MIL PESOS	
N° FACTURA	

CUENTA BANCARIA	24060145831		
BANCO	CAJA SOCIAL	TIPO	AHORRO

PAC

ENERO	
FEBRERO	
MARZO	
ABRIL	
MAYO	
JUNIO	
JULIO	
AGOSTO	1.914.000,00
SEPTIEMBRE	1.980.000,00
OCTUBRE	1.980.000,00
NOVIEMBRE	1.980.000,00
DICIEMBRE	4.026.000,00
REZAGO	
TOTAL	11.880.000,00

Mayra Alexandra Alonso

FIRMA CONTRATISTA

FIRMA SUPERVISOR

ESPACIO EXCLUSIVO SECRETARÍA DE HACIENDA

ESTADO DEL TRAMITE		ANOTACIONES
APROBADO		
NO APROBADO		

Vo. Bo. CENTRAL DE CUENTAS

ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
SECRETARIA DE SALUD
PUB

Salud

306-10

	ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA	CÓDIGO	GF-05-F02	
		VERSIÓN	2	
		FECHA DE APROBACIÓN		
	FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO	DD	MM	AA
		29	11	2018

NUMERO DE CONTRATO	1984
OBJETO	
PRESTACION DE APOYO A LA GESTION PARA EL DESARROLLO DE LA DIMENSION DE CONVIVENCIA SOCIAL Y LA SALUD MENTAL EN EL MUNICIPIO DE SOACHA.	

IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO

PAGO UNICO	0		
ACTA PARCIAL	X	N°.	2
ANTICIPIO	0	%	0
PAGO ANTICIPADO	0	%	0

3. IMPUTACION PRESUPUESTAL

CDP

NUMERO	3668	FECHA	03/06/2021

RUBRO	VALOR
0111.A.2.2.17.2-7	12.870.000,00

CRP

NUMERO	3470	FECHA	02/07/2021

RUBRO	VALOR
0111-A.2.2.17.2-7	11.880.000,00

CDP

NUMERO		FECHA	

RUBRO	VALOR

CRP

NUMERO		FECHA	

RUBRO	VALOR

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

VALOR INICIAL CONTRATO	11.880.000,00
ADICION 1	-
ADICION 2	
ADICION 3	
VALOR TOTAL CONTRATO	11.880.000,00

PAGO ANTICIPADO	
ANTICIPO 1	
ANTICIPO 2	
ANTICIPO 3	
TOTAL ANTICIPOS	-

NUMERO DE ACTA	VALOR A GIRAR	AMORTIZACION	TOTAL ACTA
ACTA PARCIAL 1	1.914.000,00		1.914.000,00
ACTA PARCIAL 2	1.980.000,00		1.980.000,00
ACTA PARCIAL 3			-
ACTA PARCIAL 4			-
ACTA PARCIAL 5			
ACTA PARCIAL 6			-
ACTA PARCIAL 7			-
ACTA PARCIAL 8			-
ACTA PARCIAL 9			-
ACTA PARCIAL 10			-
ACTA PARCIAL 11			-
ACTA PARCIAL 12			-
TOTAL	3.894.000,00	-	3.894.000,00

ESTADO DE EJECUCION FINANCIERA

TOTAL GIROS	3.894.000,00
AMORTIZACIONES	-
EJECUCION	3.894.000,00

POR AMORTIZAR	-
POR EJECUTAR	7.986.000,00

OBSERVACIONES

SALDO A LIBERAR		FECHA ACTA LIQUIDACION	

Mayra Alexandra Abreo

FIRMA CONTRATISTA

FIRMA SUPERVISOR

ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
SECRETARIA DE SALUD

La Alcaldía Municipal de Soacha	ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA	CÓDIGO	GF-05-F03	
		VERSIÓN	2	
		FECHA DE APROBACIÓN		
	FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO	DD	MM	AA
		29	11	2018

NUMERO DE CONTRATO	1984
OBJETO	
PRESTACION DE APOYO A LA GESTION PARA EL DESARROLLO DE LA DIMENSION DE CONVIVENCIA SOCIAL Y LA SALUD MENTAL EN EL MUNICIPIO DE SOACHA.	

IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO

PAGO UNICO	0		
ACTA PARCIAL	X	N°.	2
ANTICIPIO	0	%	0
PAGO ANTICIPADO	0	%	0

5. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES

EL CONTRATISTA

Certifico bajo la gravedad de juramento que los aportes de seguridad soacial que acontinuacion se detallan, corresponden a los ingresos percibidos por el presente contrato, para el perioro de liquidacion de esta acta.

SALUD	
ENTIDAD	FAMISANAR
PERIODO	JULIO
PLANILLA	1039472126
I.B.C.	$ 908.526
APORTE	$ 113.600

PENSION	
ENTIDAD	PORVENIR
PERIODO	JULIO
PLANILLA	1039472126
I.B.C.	$ 908.526
APORTE	$ 145.500

ARL	
ENTIDAD	COLPATRIA
PERIODO	JULIO
PLANILLA	1039472126
I.B.C.	$ 908.526
APORTE	$ 4.800

CONTRATISTA	MAYRA ALEXANDRA ALONSO BERNAL
C.C. O NIT	1024502104
E-MAIL	MALONSO.SALUDSOACHA@GMAIL.COM
TELEFONO	3214364074
	MayraAlexandraAlonso
	FIRMA

EL SUPERVISOR

Como supervisor del contrato certifico que el contratista cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del referido contrato, durante el periodo correspondiente al presente pago.

Como supervisor del contrato verifiqué el cumplimiento por parte del contratista con respecto a los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos labores, de conformidad con la normatividad vigente.

Como supervisor del contrato certifico que los soportes que acompañan este formato corresponden a los originados en la ejecución del contrato y fueron debidamente validados para autorizar el trámite de pago.

Como supervisor autorizo el tramite de pago de la presente acta ante la Secretaría de Hacienda Municipal.

La presente certificacion se expide el: _____

SUPERVISOR	SANDRA GARCIA CHAVES
CARGO	DIRECTORA DE SALUD PUBLICA
DEPENDENCIA	SALUD PUBLICA
E-MAIL	Sgarcia@alcaldiasoacha.gov.co
TELEFONO	7306060
	FIRMA

6. ANEXOS

N.	ANEXO	FOLIOS

N.	ANEXO	FOLIOS

Alcaldía Municipal de Soacha	ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA	CÓDIGO	GF-05-F04	
		VERSIÓN	1	
		FECHA DE APROBACIÓN		
	FORMATO DE INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	DD	MM	AA
		29	11	2018

I. INFORMACION DE SUPERVISION O INTERVENTORÍA.

Fecha de Expedicion DD	MM	AA	NOMBRE: SANDRA GARCIA CHAVES DIRECTORA SALUD PUBICA	Telefono o Ext.
				7306060

II. INFORMACION CONTRACTUAL.

	CC. / Nit
MAYRA ALEXANDRA ALONSO BERNAL	1.024.502.104

TIPO DE CONTRATO: Prestacion de Servicios

Contrato	O:P:S	Convenio	Fecha	No. 1984
x			01/07/2021	

Fecha de Inicio	02/07/2021	Plazo de ejecucion	SEIS (6) MESES

OBJETO CONTRACTUAL

PRESTACION DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA DIMENSIÓN DE CONVIVENCIA SOCIAL Y LA SALUD MENTAL EN EL MUNICIPIO DE SOACHA.

III. PERIODO CERTIFICADO

Desde: 01 AGOSTO/2021	Hasta: 31/AGOSTO /2021

IV. CUMPLIMIENTO SEGÚN CONTRATO.

OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PRODUCTOS PRESENTADOS
1- Apoyar el proceso de remision a actores intersectoriales del municipio para acceso a atenciones en salud mental.	Durante el periodo comprendido del 1 al 31 Agosto se realizan las activaciones de ruta correspondientes de acuerdo a los casos que lo ameriten con el fin de dar conocimiento a las instituciones acerca del proceso y que sean estas quienes realicen el respectivo seguimiento, para esto se remiteu a instituciones como ICBF, comisarias de familias y fiscalia.	**CARPETA 1:** SOPORTE MAGNETICO BASE EXCEL CASOS QUE REQUEIREN CANALIZACIONES A OTRAS INSTITUCIONES
2- Apoyar la articulacion y remision de casos priorizados por la dimension de salud mental a las EAPB e IPS.	Se realizan las respectivas canalizaciones a las EAPB e IPS para los casos que lo requieran y que actualmente no cuentan con atención en salud, de igual manera para aquellos casos que requieren un seguimiento de acuerdo al evento requerido.	**CARPETA 2:** SOPORTE MAGNETICO BASE EXCEL CORRESPONDIENTE A CANALIZACIONES DE USUARIOS QUE REQUIEREN ACCESO A SERVICIOS DE SALUD
3- Apoyo en las actividades extramurales (ferias de servicios de salud mental ,Red de buen trato, comité de sustancias psicoactivas.	Se lleva a cabo el apoyo en la planeación, ejecución y desarrollo de la cuarta mesa de la red del buen trato el dia 20 de Agosto en la biblioteca del colegio maria auxiliadora, y se orienta a las instituciones acerca de las rutas de salud mental.	**CARPETA 3:** SOPORTE MAGNETICO ACTA DE ASISTENCIA RED DE BUEN TRATO.
4- Apoyo en la consolidacion de las matrices de reporte de matriz P YP y migrantes con informacion suministrada por los datos recibidos de la Dimension.	Se diligencia las matrices correspondientes, PyP y migrantes con la información a corte del mes de Julio, en los formatos compartidos y verificados por la coordinación PIC.	**CARPETA 4:** SOPORTE MAGNETICO BASES DILIGENCIADAS CON LAS MATRICES PYP Y MIGRANTES EN DRIVE INSTITUCIONAL COMPARTIDO
5- Apoyar el cargue y sistematizacion de las investigaciones de campo suministradas por la priorizacion de los eventos SIVIGILA (356,365 y 875).	Se realiza el cargue y sistematización de las IEC (Investigaciones epidemiologicas de campos) de los eventos de la dimensión de salud mental evento 875)	**CARPETA 5:** SOPORTE MAGNETICO BASE EXCEL CORRESPONDIENTE A BASE MAESTRA DE IEC 2021
6- Realizar orientacion a la ciudadania sobre los temas referentes a la dimension en los diferentes puntos de atención al ciudadano y presentar informe de las actuaciones realizadas.	Se realiza apoyo logistico en jornada de salud para gestantes del municipio dando a conocer la oferta institucional de la dimensión de salud mental,socializacion de linea de apoyo emocional en salud mental.	**CARPETA 6:** SOPORTE MAGNETICO ACTA DE ASISTENCIA JORNADA DE SALUD PARA GESTANTES
7-Apoyar en la presentación de informes que se realicen desde la dimension de salud mental.	Se realiza la redacción de marco teorico correspondiente a proyecto dado según la necesidad de la dimensión de salud mental.	**CARPETA 7:** SOPORTE MAGNETICO WORD
8-Apoyar la consolidación de bases de datos que se requieran para los diferentes análisis de la dimensión.	Se realiza la semaforización de eventos reportados por las diferentes instituciones y el conteo de los casos con el fin de llevar un tablero de control mensual.	**CARPETA 8:**SOPORTE MAGNETICO BASE EXCEL CON TABLERO DE CONTROL
9- Apoyar la consolidación de indicadores de la dimensión de salud mental, asi como el aporte a informes solicitados	Se apoya la consolidación de indicadores mediante el conteo de casos en BAC,con el fin de alimentar los indicadores de la dimensión,se realiza consolidación de indicadores correspondiente en la matriz sugerida.	**CARPETA 9:** SOPORTE MAGNETICO CORRESPONDIENTE AL PANTALLAZO DE ENVIO DE INFORMACION REQUERIDA DE LA DIMENSIÓN

10- Acatar las obligaciones generales dispuestas en los estudios e invitación en el proceso de contratación.	Se cumplen con las obligaciones generales correspondientes para el mes AGOSTO 1- PQRS 2- Planilla pago salud-pensión-ARL 3- MIPG	**CARPETA 10:** SOPORTE FISICO Y MAGNETICO CORRESPONDIENTE A LA CERTIFICACION DE PQRS, PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y MIPG CERTIFICADO

MayraAlexandraAlonso

MAYRA ALEXANDRA ALONSO BERNAL

En mi calidad de supervisor y/o interventor, previa verificacion de los productos recibidos, avalo el contenido del presente informe.

Firma del Supervisor
SANDRA GARCIA CHAVES
C.C 35529265

ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA

INFORME DE SUPERVISIÓN A PRESTACION DE SERVICIOS
CODIGO GC-01-F040 /VERSION 1.0 / FECHA 15 /01/2018

SECRETARIA DE HACIENDA

I. INFORMACION DE SUPERVISION		
Fecha de Expedicion	Supervisor o Interventor	Teléfono o Ext
DD MM AA	Nombre : SANDRA GARCIA CHAVES	7306060
	Cargo DIRECTORA SALUD PUBLICA	
II. INFORMACION DE APOYO A LASUPERVISION		
	Nombre	
	Cargo	

III. INFORMACION CONTRACTUAL		
	Nombre o Razon social del contratista	CC / Nit
	MAYRA ALEXANDRA ALONSO BERNAL	1.024 502.104
IV. TIPO DE CONTRATO:		
Contrato O.P.S. Convenio	01/07/2021	Contrato No.
X		1984
FECHA INICIO:	Plazo inicial	Adición
02/07/2021	SEIS MESES SIN QUE SUPERE EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2021	

OBJETO

PRESTACION DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA DIMENSIÓN DE CONVIVENCIA SOCIAL Y LA SALUD MENTAL EN EL MUNICIPIO DE SOACHA.

Desde: DD/MM/AA	Hasta: DD/MM/AA	Informe No
01/08/2021	31/08/2021	2

VI. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	VERIFICACIÓN
1- Apoyar el proceso de remision a actores intersectoriales del municipio para acceso a atenciones en salud mental	Durante el periodo comprendido del 1 al 31 Agosto se realizan las activaciones de ruta correspondientes de acuerdo a los casos que lo ameriten con el fin de dar conocimiento a las instituciones acerca del proceso y que sean estas quienes realicen el respectivo seguimiento, para esto se remiteu a instituciones como ICBF, comisanas de familias y fiscalia.
2- Apoyar la articulacion y remision de casos priorizados por la dimension de salud mental a las EAPB e IPS.	Se realizan las respectivas canalizaciones a las EAPB e IPS para los casos que lo requieran y que actualmente no cuentan con atención en salud, de igual manera para aquellos casos que requieren un seguimiento de acuerdo al evento requerido.
3- Apoyo en las actividades extramurales (ferias de servicios de salud mental ,Red de buen trato, comité de sustancias psicoactivas.	Se lleva a cabo el apoyo en la planeación, ejecucion y desarrollo de la cuarta mesa de la red del buen trato el dia 20 de Agosto en la biblioteca del colegio maria auxiliadora, y se orienta a las instituciones acerca de las rutas de salud mental
4- Apoyo en la consolidacion de las matrices de reporte de matriz P YP y migrantes con informacion suministrada por los datos recibidos de la Dimension	Se diligencia las matrices correspondientes, PyP y migrantes con la informacion a corte del mes de Julio, en los formatos compartidos y verificados por la coordinacion PIC.
5- Apoyar el cargue y sistematizacion de las investigaciones de campo suministradas por la priorizacion de los eventos SIVIGILA (356,365 y 875).	Se realiza el cargue y sistematización de las IEC (investigaciones epidemiologicas de campos) de los eventos de la dimensión de salud mental evento 875)
6- Realizar orientacion a la ciudadania sobre los temas referentes a la dimension en los diferentes puntos de atención al ciudadano y presentar informe de las actuaciones realizadas.	Se realiza apoyo logistico en jornada de salud para gestantes del municipio dando a conocer la oferta institucional de la dimension de salud mental,socializacion de linea de apoyo emocional en salud mental.
7-Apoyar en la presentación de informes que se realicen desde la dimension de salud mental.	Se realiza la redacción de marco teorico correspondiente a proyecto dado segun la necesidad de la dimension de salud mental.
8-Apoyar la consolidación de bases de datos que se requieran para los diferentes análisis de la dimensión.	Se realiza la semaforización de eventos reportados por las diferentes instituciones y el conteo de los casos con el fin de llevar un tablero de control mensual.
9- Apoyar la consolidación de indicadores de la dimensión de salud mental, así como el aporte a informes solicitados	Se apoya la consolidación de indicadores mediante el conteo de casos en BAC,con el fin de alimentar los indicadores de la dimensión,se realzia consolidacion de indicadores correspndiente en la matriz sugerida
10- Acatar las obligaciones generales dispuestas en los estudios e invitación en el proceso de contratación.	Se cumplen con las obligaciones generales corresponidentes para el mes de AGOSTO 1- PQRS 2- Planilla pago salud-pensión-ARL 3- MIPG

En mi calidad de supervisor, previa verificacion de los productos recibidos certifico que el contratista cumplió con las obligaciones en los terminos y tiempos pactados, las cuales fueron verificadas y se avala el presente informe de conformidad con el Articulo 83 y 84 de la ley 1474 de 2011

Asi mismo, el supervisor certifica que el contratista realizo el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y arl, presentando las planillas originales de acuerdo con lo establecido en la ley 789 de 2002 y Decreto 1709 de 2002.

Firma del supervisor
NOMBRE: SANDRA GARCIA CHAVES
Documento de identificación / No. 35529265

INFORME DE SUPERVISION No. 02
Correspondiente al periodo del 01 al 31 de AGOSTO del año 2021
Al contrato de Prestación de Servicios No. 1984 de 2021

1. DATOS DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

FECHA DEL PRESENTE INFORME	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIO PROFESIONALES No.	**1984**
CONTRATISTA	**MAYRA ALEXANDRA ALONSO BERNAL**
OBJETO CONTRACTUAL	**PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA DIMENSIÓN DE CONVIVENCIA SOCIAL Y LA SALUD MENTAL EN EL MUNICIPIO DE SOACHA.**
VALOR	**11.880.000**
PLAZO DE EJECUCION	**SEIS MESES SIN QUE SUPERE EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2021.**
FECHA DE INICIO	**02/07/2021**
FECHA DE TERMINACION	**31/12/2021**

2. OBJETIVO

En cumplimiento de lo establecido en el numeral 4 del Artículo 4 de la Ley 80 de 1993, se realiza la supervisión al contrato citado, la cual tiene como propósito hacerle seguimiento y control al cumplimiento de las obligaciones contractuales derivadas del mismo.

3. METODOLOGIA

La verificación del Objeto contractual y las obligaciones del contratista se desarrolla atendiendo a lo establecido en el Artículo 83 de la Ley 1474 de 2011, POR LA CUAL SE DICTAN NORMAS ORIENTADAS A FORTALECER LOS MECANISMOS DE PREVENCION, INVESTIGACION Y SANCION DE ACTOS DE CORRUPCION Y LA EFECTIVIDAD DEL CONTRATO DE LA GESTION PUBLICA, así:

a) **Seguimiento técnico:** Se realiza la verificación del cumplimiento de cada una de las obligaciones contractuales, para lo cual el contratista presenta el informe mensual junto con los respectivos soportes de ejecución y cumplimiento de la misma, como son:
   - Carpeta del contrato No. **1984** del **2021**
   - Soportes físicos y magnéticos de seguimiento a las actividades.
   - Soportes que reposan en el Despacho – Secretaria de Salud.

- Se verifica la ejecución del contrato, revisando cada una de las obligaciones contractuales con los respectivos soportes que acreditan el cumplimiento y se obtiene como resultado de la supervisión la siguiente relación:

No. Actividad	Actividad Evaluada (Indicar No. de actividad y breve descripción)	Conformidad de Actividad		OBSERVACION
		C	NC	
1	Apoyar el proceso de remisión a actores intersectoriales del municipio para acceso a atenciones en salud mental.	X		
2	Apoyar la articulación y remisión de casos priorizados por la dimensión de salud mental a las EAPB e IPS.	X		
3	Apoyo en las actividades extramurales (ferias de servicios de salud mental, Red de buen trato, comité de sustancias psicoactivas.	X		
4	Apoyo en la consolidación de las matrices de reporte de matriz P YP y migrantes con información suministrada por los datos recibidos de la Dimensión.	X		
5	Apoyar el cargue y sistematización de las investigaciones de campo suministradas por la priorización de los eventos SIVIGILA (356,365 y 875).	X		
6	Realizar orientación a la ciudadanía sobre los temas referentes a la dimensión en los diferentes puntos de atención al ciudadano y presentar informe de las actuaciones realizadas.	X		

Alcaldía Municipal de Soacha	ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA	CÓDIGO		SL-03-F07
		VERSIÓN		2
	INFORME DE SUPERVISIÓN SECRETARÍA DE SALUD	FECHA DE APROBACIÓN		
		DD	MM	AA
		28	02	2019

No. Actividad	Actividad Evaluada (Indicar No. de actividad y breve descripción)	Conformidad de Actividad		OBSERVACION
7	Apoyar en la presentación de informes que se realicen desde la dimensión de salud mental.	X		
8	Apoyar la consolidación de bases de datos que se requieran para los diferentes análisis de la dimensión.	X		
9	Apoyar la consolidación de indicadores de la dimensión de salud mental, así como el aporte a informes solicitados	X		
10	Acatar las obligaciones generales dispuestas en los estudios e invitación en el proceso de contratación.	X		

C: Cumple NC: No cumple

CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

PORCENTAJE TOTAL A CUMPLIR	PORCENTAJE EJECUTADO MES	PORCENTAJE EJECUTADO ACUMULADO	PORCENTAJE FALTANTE POR CUMPLIR
100%	**16,7%**	**32,8%**	**67,2%**

b) Seguimiento Administrativo: En desarrollo de este componente de supervisión, se realiza la verificación de cumplimiento del pago de aportes al sistema de salud, pensión y riesgos laborales (porcentaje de cotización y periodo de pago) del periodo a que hace referencia el presente informe y que es parte integral de sus anexos.

En cuanto a la oportunidad del pago de los aportes al sistema de salud, pensión y riesgos laborales, se observa que el contratista en relación SI (X) / NO (__) realizó dicho pago de aportes **dentro del término** con base en los plazos establecidos en el Decreto 923 de 2017, el Decreto 1273 de 2018 y/o las normas que lo actualicen.

c) Seguimiento Financiero: Se realiza el diligenciamiento del FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO establecido por la Secretaría de Hacienda y firmado por el suscrito supervisor del contrato y que hace parte integral del presente informe.

d) Seguimiento Contable: En desarrollo de este componente se efectúan las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia por parte de la dirección de contabilidad de la Secretaría de Hacienda.

e) Seguimiento Jurídico: En cumplimiento de este seguimiento jurídico se realiza la verificación de los requisitos de ejecución del contrato (registro presupuestal, póliza, aprobación de póliza y acta de inicio). Así mismo, se verifica la vigencia de la respectiva póliza de cumplimiento que ampara el respectivo contrato.

4. ANEXOS

Hacen parte integral del presente informe los documentos adjuntos relacionados a continuación, con los cuales se determina que el contratista cumplió satisfactoriamente con e26l objeto y obligaciones del referido contrato de prestación de servicios durante el periodo **del 1 al 31 de AGOSTO del año 2021.**

- Informe mensual de ejecución del contrato presentando por el contratista
- Formato único de liquidación y trámite de pago, información básica, información financiera e información para giro.

SANDRA GARCIA CHAVES
Supervisor de contrato

Funcionario / Contratista	MAYRA ALEXANDRA ALONSO BERNAL-CTO 1984	
Revisión apoyo a supervisión	ALEJANDRA MENDIETA – APOYO A LA COORDINACION PDSP CTO 2181-2021	
Revisión Financiera	APOYO FINANCIERO	

ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
SECRETARIA DE SALUD

Alcaldía Municipal de Soacha	ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA	CÓDIGO	GF-05-F04	
		VERSIÓN	2	
		FECHA DE APROBACIÓN		
	FORMATO DE CERTIFICACIÓN PARA LA RETENCIÓN EN LA FUENTE	DD	MM	AA
		29	11	2018

CERTIFICACIÓN

RETENCION EN LA FUENTE PARA EMPLEADOS – CONTRATISTA (PRESTACION DE SERVICIOS)
Reforma Tributaria 1567 y Decreto 0099 de enero 25 de 2013.

1. Yo, **MAYRA ALEXANDRA ALONSO BERNAL**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.024.502.104**, en aplicación a lo establecido en el Artículo 172 del Decreto reglamentario 0099 de 2013, que reglamenta las tarifas y procedimientos para la aplicación de retención en la fuente para empleados, certifico que los contratos relacionados a continuación se encuentran vigentes y representan la totalidad de mis ingresos por contratos de prestación de servicios correspondientes al mes de **AGOSTO:**

ENTIDAD	No. CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR DEL CONTRATO	INGRESOS MENSUAL
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA.	1984	2 DE JULIO DEL 2021	31 DE DICIEMBRE DEL 2021	11.880.000	1.980.000

2. Bajo la gravedad de juramento certifico que **SI** ☐ o **NO** [x], soy declarante del impuesto sobre la renta.

1

3. Para efectos de la aplicación de las tarifas de retención en la fuente certifico que pertenezco al régimen de ventas:

NO RESPONSABLE DE IVA	X	RESPONSABLE DE IVA	

4. Relación de Dependientes (Artículo 2, Decreto 099/13).

NOMBRE DEL DEPENDIENTE	EDAD	PARENTESCO	VALOR MENSUAL
JULIANA ISABELLA PRADA ALONSO	9 AÑOS	HIJA	500.000
EMILIANO PRADA ALONSO	1 AÑO	HIJO	500.000

NOTA: En caso de padres y cónyuges dependientes debe venir certificado por contador público o medicina legal en caso de dependiente con discapacidad.

AÑO
La presente certificación se expide

MayraAlexandraAlonso

FIRMA: MAYRA ALEXANDRA ALONSO BERNAL
C.C 1.024.502.104

ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
SECRETARIA DE SALUD

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-09-05, 10:23:07 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1039472126 Referencia pago(PIN) 8856161200

Periodo Cotización 202107 Periodo Servicio 202107

Cliente:

PAGADA 2021-08-04

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MAYRA ALEXANDRA ALONSO BERNAL				
Documento	CC 1024502104	Dirección	CRA 3B 12 48 SAN BERNARDINO		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3214364074		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	SOACHA	Departamento	CUNDINAMARCA		
Representante Legal		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1024502104		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					ALONSO BERNAL MAYRA ALEXANDRA	25754000 - 25		CUNDINAMARCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo Salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	DIP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Trasl. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trasl. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 808.526	230301		16 %	$ 808.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 808.526	$ 113.600	$ 0	1444	1	0.522 %	$ 808.526	$ 4.800	NN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 4.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 263.800

ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
SECRETARIA DE SALUD

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

El Poder de lo SIMPLE!

12

SOACHA Secretaría de Hacienda | Dirección de Impuestos Municipales

EL CAMBIO AVANZA

Código

INDUSTRIA Y COMERCIO AVISOS Y TABLEROS FORMULARIO No.

Régimen Simplificado **Año Gravable 2020-**

DISTRIBUCIÓN GRATUITA

DECLARACIÓN INICIAL [ ] CLAUSURA [ ] CORRECCIÓN [ ] Formulario No.

A. INFORMACIÓN DEL CONTRIBUYENTE

ALONSO BERNAL MAYRA ALEXANDRA 1024502104

ALONSO BERNAL MAYRA ALEXANDRA

CARRERA 3 D N 12 32 SAN BERNARDINO SOACHA

CARRERA 3 D N 12 32 SAN BERNARDINO SOACHA

SOACHA Soacha

B. LIQUIDACION IMPUESTO A CARGO

			$ TARIFA EXPRESADA EN NUMERO DE UVT	$ VALOR BASE GRAVABLE EN UVT (B)	$ IMPUESTO A CARGO (C)	
0	$ 26.446.000	X	5 UVT	$ 1.860.000	$ 27.000	
$ 26.446.001	$ 56.921.000		10 UVT	$ 156.001	$ 53.000	
$ 56.921.001	$ 85.452.000		15 UVT	$ 134.000	$ 80.000	
$ 85.452.001	$ 113.942.000		20 UVT	$ 712.000	$ 107.000	
$ 113.942.001	$ 123.625.000		25 UVT	$ 640.000	$ 134.000	

C. LIQUIDACION PRIVADA

0 0

D. PAGO

E. FIRMA

FIRMA(S) DECLARANTE

Mayra Alonso

1024502104

Banco Agrario de Colombia
NIT. 800.037.800 - 8

20042021 14:36:00 Cajero: dherran
Oficina: 8662 - CB PUNTO DE PAGO SOACHA Operación: 34417557
Terminal: SER-CAJA01

Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS $01.000.00
Valor: $0.00
Costo de la transacción: $0.00
Iva del Costo: $0.00
GMF del Costo:

Medio de Pago: EFECTIVO
Convenio: 14533 REGIMEN SIMPLIFICADO - MUN
Ref 1: 0220033484S

Antes de retirarse de la ventanilla por favor verifique que la transacción solicitada se registró correctamente en el comprobante. Si no está de acuerdo informe al cajero para que la corrija. Cualquier inquietud comuníquese en Bogotá al 2848500 resto de

Bancos

Carrera 8 No. 12 - 29
Código Postal: 250051
Teléfono 732 09 00 - 732 99 72

registrotributario@alcaldiasoacha.gov.co
www.alcaldiasoacha.gov.co

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14742192712

(415)7707212489984(8020) 000001474219271 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 4 5 0 2 1 0 4	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 4 5 0 2 1 0 4	2 0 0 8 0 3 2 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALONSO	BERNAL	MAYRA	ALEXANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

41. Dirección principal: CR 3 D 12 32 BRR SAN BERNARDINO

42. Correo electrónico: mayraalonsob@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	7 2 1 1 6 3 7	3 2 1 4 3 6 4 0 7 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 3 0 5 1 6	8 2 1 1	2 0 1 6 0 4 2 8			4 1 2 3	0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros	Exportadores				
54. Código	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2 3
			57. Modo		
			58. CPC		

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 02 - 17 / 21 : 53: 20

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante: MayraAlexandraAlonso.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ALONSO BERNAL MAYRA ALEXANDRA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 17-02-2021 09:54:07PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DEL GRUPO SOCIAL FUNDACIÓN

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

MAYRA ALEXANDRA ALONSO BERNAL Identificado con CC 1024502104

Actualmente tiene(n) Cuentamiga, radicado(a) en la oficina SOACHA PARQUE, con las siguientes características:

Número:	24060145831
Fecha de apertura:	17 de Febrero de 2016
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, el 02 del mes Agosto de 2021.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social