2022 -04 -19 **4,416,000.00**

SUA ROMERO MAYERLLY KATERINE

CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL PESOS M/CTE

# MUNICIPIO DE SOACHA

CALLE 13 7-30
NIT. 800094755-7
SOACHA

**COMPROBANTE DE EGRESO N°** **6668**

**Beneficiario:** SUA ROMERO MAYERLLY KATERINE
**Cuenta No:** 0550476200071324 **Banco:** BANCO DAVIVIENDA Cuenta de Ahorros

**Concepto :** ACTA PARCIAL 2 (01 AL 31 DE MARZO) CONTRATO N° 2112/2022 - PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LAS ACCIONES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL A LOS PRESTADORES, EAPB E IPS PÚBLICAS Y PRIVADAS DEL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL ADECUADO MANEJO DE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS COVID-19. BMP2022257540006.

**Valor Egreso:** 4,416,000.00 **Orden:** 6030

**Banco:** BANCO BANCOLOMBIA **Cuenta N° :** 22133464542

**DETALLE DE LIQUIDACION DE ORDEN No.6030**

| Descripción | % | Valor Base | | Valor |
|---|---|---|---|---|
| **Descuentos y otros recargos** | | | | |
| RETENCION ICA 10 X MIL | -1,00 | 4,600,000.00 | | -46.000,00 |
| Adulto Mayor | -3,00 | 4,600,000.00 | | -138.000,00 |
| | | | **-$** | **184,000.00** |
| | | **VALOR NETO** | **$** | **4.416.000,00** |

Paula Cristina Suarez

**PAULA CRISTINA SUAREZ DUARTE**
TESORERA GENERAL

## ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO N° 6,668

| No Nit | Beneficiario | Valor Neto | Cheque Girado | Información bancaria beneficiario | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Cuenta | Tipo Cuenta | Entidad Bancaria | |
| 1 1073695066 | SUA ROMERO MAYERLLY KATERINE | 4,416,000.00 | | 05504762000713 24 | de Ahorros | BANCO DAVIVIEND | |
| | **TOTAL** | **4,416,000.00** | | | | | |

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

**Elaboro:** LAGARZONL

COPIA


PCT Enterprise

# MUNICIPIO DE SOACHA

NIT. 800094755-7

## ORDEN DE PAGO

**Vigencia Fiscal** **2022** **Orden de Pago No.** **6030**

**Lugar y Fecha:** SOACHA 18-abr.-2022
**Tipo de Orden:** HONORARIOS
**Pagado a:** SUA ROMERO MAYERLLY KATERINE **Nit/C.C. :** 1073695066 4 Persona Natural
**Información Bancaria:** Cuenta Bancaria Nº 0550476200071324 - BANCO DAVIVIENDA -Ahorros
**Documento_:** Contrato 2112
**Facturas:** ACTA PARCIAL 2 (01 AL 31 DE MARZO) del 18/04/2022-;
**Concepto:** ACTA PARCIAL 2 (01 AL 31 DE MARZO) CONTRATO Nº 2112/2022 - PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LAS ACCIONES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL A LOS PRESTADORES, EAPB E IPS PÚBLICAS Y PRIVADAS DEL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL ADECUADO MANEJO DE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS COVID-19. BMP2022257540006.
**Programa:**

Registro Presupuestal: **2077** Vigencia Registro: **2022** Contrato : 2112

**Detalle Orden**

| Imputación Presupuestal | Valor |
|---|---|
| 0111 - 2.3.19.05.035.2.3.2.02.02.00 | 4.600.000,00 |
| | $ 4.600.000,00 |

**Detalle Liquidación**

| Descripción | % | V. Base | Valor |
|---|---|---|---|
| **Descuentos y otros recargos** | | | |
| RETENCION ICA 10 X MIL | -1,000 | 4,600,000.00 | -46.000,00 |
| Adulto Mayor | -3,000 | 4,600,000.00 | -138.000,00 |
| | | | $-184.000,00 |
| | | | **$ 4.416.000,00** |

*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.*

Paula Cristina Suarez

*PAULA CRISTINA SUAREZ DUARTE*
*SECRETARIA DE HACIENDA (E)*

**Afectación Contable**

| Cuenta | Débito | Crédito | Descripción |
|---|---|---|---|
| 24362705 | 0.00 | 46.000.00 | RETENCION ICA 10 X MIL |
| 249054 | 0.00 | 4.416.000.00 | Honorarios |
| 24909009 | 0.00 | 138.000.00 | Fondo Adulto mayor |
| 55020501 | 4.600.000.00 | 0.00 | Honorarios |
| | 4.600.000,00 | 4.600.000,00 | |

**CLAUDIA ESPERANZA BARRIOS ARDILA**
CONTADOR MUNICIPAL

CEBA
18 Abr 22

4542

CE 6668

IMPRIMIO : ESPERANZA RAMIREZ

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

**Empresa:** MUNICIPIO DE SOACHA **Nombre del pago:** OGS066A **Fecha:** 21-04-2022 **Hora:** 15:55:51 **Fecha de envío del pago:** 19-04-2022

**NIT:** 800094755 **Secuencia:** S **Fecha de Generación:** 21-04-2022 **Fecha para Procesar el pago:** 19-04-2022

**Tipo de pago:** PAGO A PROVEEDORES **Número de cuenta a debitar:** 22133464542

**Impreso por:** Nrodriguez1

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Total Registros del Lote:** 3 | **Registros Procesados:** 3 | **Registros Rechazados:** 0 | **Registros Pendientes:** 0 |
| **Valor Total del Pago:** $13,048,000.00 | **Valor Registros Procesados:** $13,048,000.00 | **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00000008090467955 | Ahorros | 52197329 | NIDIA ROMERO CARRI | 3,360,000.00 | BANCO DAVIVIENDA | ABONADO EN ENTIDAD DE ACH | 19-04-2022 |
| 00000476200071324 | Ahorros | 1073695066 | MAYERLLY KATERINE | 4,416,000.00 | BANCO DAVIVIENDA | ABONADO EN ENTIDAD DE ACH | 19-04-2022 |
| 00000024103314604 | Ahorros | 22735432 | LONI ADELAINE VARG | 5,272,000.00 | BANCO CAJA SOCIAL | ABONADO EN ENTIDAD DE ACH | 19-04-2022 |

Hacienda
Folios #10

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Alcaldía Municipal de Soacha | **ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA** | CÓDIGO | GF-05-F01 | |
| | | VERSIÓN | 2 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | | |
| | **FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO** 5 | DD | MM | AA |
| | | 29 | 11 | 2018 |

**ESPACIO PARA SELLOS**

| RADICACION | CENTRAL DE CUENTAS |
|---|---|
| 6030. | ALCALDÍA MUNICIPAL SECRETARÍA DE HACIENDA RECIBIDO Hora 98122 Fecha 12 12 10 |

F-10

**1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO**

| | |
|---|---|
| NUMERO DE CONTRATO | 2112 DEL 2022 |
| OBJETO | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LAS ACCIONES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL A LOS PRESTADORES, EAPB E IPS PUBLICAS Y PRIVADAS DEL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL ADECUADO MANEJO DE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS COVID-19. |

| | |
|---|---|
| FECHA DE CONTRATO | 28/1/2022 |
| PLAZO DE EJECUCION | CINCO (5) MESES Y QUINCE (15) DIAS, SIN QUE SUPEREN EL 31 DE DICIEMBRE DE 2022. |
| FECHA DE INICIO | 7/2/2022 |
| FECHA DE FINALIZACION | 21/7/2022 |
| PRORROGAS EN TIEMPO | |
| SUSPENSIONES EN TIEMPO | |

| CONTRATISTA | | | |
|---|---|---|---|
| MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO | | | |
| C.C. | X | NIT | 1073695066 |
| ACTIVIDAD ECONOMICA CIIU | | | 8692 |
| REGIMEN DE VENTAS | | | NO RESPONSABLE DE IVA |

| SUPERVISOR | |
|---|---|
| SANDRA GARCIA CHAVES | |
| CARGO | DIRECTORA DE SALUD PUBLICA |
| DEPENDENCIA | SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA |
| 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 AL 31 DE MARZO. |
| VALOR DEL PAGO | 4.600.000,00 |
| VALOR DEL PAGO EN LETRAS | CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE |
| N° FACTURA | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CUENTA BANCARIA | 476200071324 | | |
| BANCO | DAVIVIENDA | TIPO | AHORRO |

**PAC**

| | |
|---|---|
| ENERO | |
| FEBRERO | |
| MARZO | 4.446.667,00 |
| ABRIL | 4.600.000,00 |
| MAYO | 4.600.000,00 |
| JUNIO | 4.600.000,00 |
| JULIO | 4.600.000,00 |
| AGOSTO | 2.453.333,00 |
| SEPTIEMBRE | |
| OCTUBRE | |
| NOVIEMBRE | |
| DICIEMBRE | |
| REZAGO | |
| TOTAL | 25.300.000,00 |

Mayerlly Katerine Sua.
FIRMA CONTRATISTA

FIRMA SUPERVISOR

**ESPACIO EXCLUSIVO SECRETARÍA DE HACIENDA**

| ESTADO DEL TRAMITE | ANOTACIONES |
|---|---|
| APROBADO | |
| NO APROBADO | |

Vo. Bo. CENTRAL DE CUENTAS

REVISADO
FINANCIERA SALUD

306-10

| 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 | 12 | 2018 |

| NUMERO DE CONTRATO | 2112 DEL 2022 |
|---|---|
| OBJETO | |
| PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LAS ACCIONES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL A LOS PRESTADORES, EAPB E IPS PUBLICAS Y PRIVADAS DEL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL ADECUADO MANEJO DE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS COVID-19. | |

**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 | SANITAS |
| PERIODO | FEBRERO |
| PLANILLA | 1043618011 |
| I.B.C. | 1.840.000,00 |
| APORTE | 230.000,00 |

| PENSION | |
|---|---|
| ENTIDAD | PORVENIR |
| PERIODO | FEBRERO |
| PLANILLA | 1043618011 |
| I.B.C. | 1.840.000,00 |
| APORTE | 294.400,00 |

| ARL | |
|---|---|
| ENTIDAD | AXXA COLPATRIA |
| PERIODO | FEBRERO |
| PLANILLA | 1043618011 |
| I.B.C. | 1.840.000,00 |
| APORTE | 19.300,00 |

| | | |
|---|---|---|
| CONTRATISTA | MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO | Mayerlly Katerine Sua |
| C.C. O NIT | 1073695066 | |
| E-MAIL | mksua.saludsoacha@gmail.com | |
| TELEFONO | 3108794837 | 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 | SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA | |
| E-MAIL | sgarcia@alcaldiasoacha.gov.co | |
| TELEFONO | 3103341825 | FIRMA |

**6. ANEXOS**

| N. | ANEXO | FOLIOS |
|---|---|---|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |

| N. | ANEXO | FOLIOS |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 | AA |
| | | 29 | 2018 |

## RETENCIÓN EN LA FUENTE PARA EMPLEADOS – CONTRATISTA (PRESTACIÓN DE SERVICIOS)

Reforma Tributaria 1567 y Decreto 0099 de Enero 25 de 2013.

Yo, MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1073695066 de SOACHA, 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 en desde el 1 al 31 de MARZO.

| ENTIDAD | No. CONTRATO | FECHA DE INICIO | FECUA DE TERMINACIÓN | VALOR DEL CONTRATO | INGRESO MENSUAL |
|---|---|---|---|---|---|
| ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA | 2112 DEL 2022 | 7-feb.-22 | 21-jul.-22 | 25.300.000,00 | 4.600.000,00 |
| | | | | | |
| | | | | | |

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

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 |
|---|---|---|---|
| TOMAS ALEJANDRO SUA | 3 AÑO | HIJO | $ 1.500.000,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

La presente certificacion se expide el:

**NOTA: EN CASO DE PADRES Y CONYUGES DEPENDIENTES DEBE VENIR CERTIFICADO POR CONTADOR PÚBLICO O MEDICINA LEGAL EN CASO DE DEPENDIENTE CON DISCAPACIDAD.**

Mayerlly Katerine Sua

**MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO**
**1073695066**

| Alcaldía Municipal de Soacha | ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA | CÓDIGO | GF-05-F05 | |
|---|---|---|---|---|
| | | 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 | Supervisor o Interventor | Telefono o Ext. |
|---|---|---|---|---|
| | | | SANDRA GARCIA CHAVES<br>Cargo:DIRECTORA DE SALUD PUBLICA | 3103341825 |
| | | | Supervisor o Interventor | Telefono o Ext. |
| | | | ANA LUCIA MORA POLOCHE<br>Cargo: COORDINADORA COVID | 7306060 |

## II. INFORMACION CONTRACTUAL.

| Nombre o Razon social del contratista. | CC. / Nit |
|---|---|
| MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO | 1.073.696.066 |

**TIPO DE CONTRATO: Prestacion de Servicios**

| Contrato | O:P:S | Convenio | Fecha | No. |
|---|---|---|---|---|
| | x | | 28/1/2022 | 2112 DEL 2022 |

Fecha de Inicio: 7/2/2022

Plazo de ejecucion: CINCO (5) MESES Y QUINCE (15) DIAS, SIN QUE SUPEREN EL 31 DE DICIEMBRE DE 2022.

**OBJETO CONTRACTUAL**

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LAS ACCIONES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL A LOS PRESTADORES, EAPB E IPS PUBLICAS Y PRIVADAS DEL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL ADECUADO MANEJO DE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS COVID-19.

## III. PERIODO CERTIFICADO

| Desde: DD/MM/AA | Hasta: DD/MM/AA |
|---|---|
| 1/3/2022 | 31/3/2022 |

## IV. CUMPLIMIENTO SEGUN CONTRATO.

| | OBLIGACIONES CONTRACTUALES | ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO | PRODUCTOS PRESENTADOS |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar mensualmente asistencia tecnica y verificar mediante la inspeccion directa la implementacion del sistema unico de habilitacion en cumplimiento de la resolucion 3100 de 2019 y el cumplimiento a la resolucion 1155 de 2020, a los prestadores locales de servicios de salud. | Se realizan 3 asistencias tecnicas, (1) Clinica San luis hallando calibraciones de termometro vencidos (1) Asistir salud encontrando protocolo de higienizacion y lavado de manos pero publicada la infogafria de momento de lavado de manos. (1) Virrey solis se evidencio falta de cronograma de limpieza y desinfeccion de los refrigeradores al igual que cronograa de mantenimiento de los refrigeradores. | se soporta por medio de actas de asistencia, las cuales reposan de forma magnetica y fisica en la carpeta del contrato 2112, Direccion de salud publica, Secretaria de salud. |
| 2 | soportar asistencia, seguimiento y consolidar mensualmente las visitas realizadas en las instituciones prestadoras de los sevicios de salud en los tableros de control. | se realiza matriz de consolidado mensual de las asistencias a las instituciones prestadoras de los sevicios de salud y sus respecctivos seguimientos. | se soporta Matriz del onsolidado mensual de visitas, la cual reposan de forma magnetica en la carpeta del contrato 2112, Direccion de salud publica, Secretaria de salud. |
| 3 | Realizar seguimiento y verificacion en las IPS-S según corresponda de los censos diarios por porcentaje de la ocupacion de la capacidad instalada de los servicios de UCI para ocupacion por COVID- 19, realizar analisis y estadisticas de los seguimientos realizados. | se realiza seguimiento y verificacion de la ocupacion de la capacidad instalada de los servicios de UCI por COVID- 19 al Hospital Cardiovascular y Clinica San Luis realizando el analisis a diario y notificando a la coordinación y epidiologia, adicionalmente se realiza un informe ejecutivo de la ocupacion en el area de urgencias y hospitalizacion | se soporta por medio de censo de ocupacion UCI y informe ejecutivo los cuales reposan de forma magnetica en la carpeta del contrato 2112, Direccion de salud publica, secretaria salud. |
| 4 | verificar la capacidad tecnica y administrativa de la red prestadora de servicios de salud, para garantizar la atencion de los casos COVID-19 que se requiera de acuerdo a la normatividad vigente. | se realiza verificacion de la capacidad tecnica y administrativa en el REPS y durante la asistencia tecnica de la red prestadora de servicios de salud, para garantizar la atencion de los casos COVID-19 | se soporta por medio de la matriz del REPS, la cual reposa en magnetico en la carpeta del contrato 2112, Direccion de salud publica, secretaria salud. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5 | Realizar los informes de acuerdo al proceso de auditoria, sobre el ejercicio de vacunacion Covid 19 y PRASS de las EAPB e IPS-S, y generar planes de mejora según las oportunidades identificadas a cada una de las entidades que incumplen, con reporte a los respectivos entes de control encargados. | Se realiza articulacion con las EAPB verificando acciones frente a PRASS generando compromisos y seguimientos, adicionalmente se realiza acompañamiento y articulacion con la IPS cuidarte para vacunacion Covid 19, Se solictan a las EAPB cohortes de vacunacion Covid. | se soporta por medio del actas de articulacion y oficios de solicitus de cohostes a las EAPB, los cuales reposa en magnetico en la carpeta del contrato 2112 Direccion de salud publica, secretaria salud. |
| 6 | Elaborar las respuestas de peticiones, quejas y reclamos que realicen los ciudadanos frente a las barreras y peticiones relacionadas en el goce efectivo del Derecho Fundamental a la salud para el manejo de COVID 19. | se adjunta respuesta emitida a la ESE Municipal Julio Cesar Peñaloza acerca de la solicitud de consolidado de los pacientes en la UCI por Covid 19 | se soporta por medio del paz y salvo, el cual reposan en fisico y magnetico en la carpeta del contrato 2112. Direccion de salud publica, secretaria salud. |
| 7 | Articulacion y seguimientos con los diferentes actores del *sistema que intervienen en el proceso de referencia y* contrareferencia ( radio de las IPS, Call center de los aseguradores, CRUE departamental), acciones que garanticen la continuidad en la atencion y una adecuada respuesta para el transporte oportuno a sus afiliados de urgencias, hospitalizados y domiciliario en el marco de COVID 19, y realizar reporte mensual a los entes sobre las oportunidades de mejora por parte de los aseguradores que operan dentro del municipio. | se realiza articulacion con el SEM y *ambulancias publicas y privadas del* municipio con la finalidadde establecer y fortalecer estrategiasque ayude a mejorar la operatividad del sistema de emergencias y garantizando una atencion oportuna a los residentes del municipio de Soacha. | se soporta por medio del acta de articulacion, la cual reposa en magnetico en la carpeta del contrato 2112. Direccion de salud publica, secretaria salud. |
| 8 | Acatar las obligaciones generales dispuestas en los estudios e invitacion del proceso de contratacion. | se adjunta acta de reunion con lideres del equipo Covid donde se articulan estrategias para el avance del manejo de pandemia, adicionalmente el soporte de seguridad social, Paz y salvo de PQRS y producto MIPG del mes de MARZO. | se soporta mediante soporte de pago y certificacion de producto MIPG, los cuales reposan en fisico y magnetico en la carpeta del contrato 2897. Direccion de salud publica, secretaria salud. |

**MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO**
Mayerlly Katerine Sua.
**1073695066**

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

**SANDRA GARCIA CHAVES**
**DIRECTORA DE SALUD PUBLICA**

**ANA LUCIA MORA POLOCHE**
**Firma apoyo a la supervision**

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<br>Cargo:DIRECTORA DE SALUD PUBLICA | 3103341825 |
| | Nombre:DEPENDENCIA<br>SECRETARIA DE SALUD SOACHA | Teléfono o Ext.<br>xxx |

| II. INFORMACION DE APOYO A LASUPERVISION | | |
|---|---|---|
| | Nombre: ANA LUCIA MORA POLOCHE<br>Cargo: CORDINADORA COVID | 7306060 |

| III. INFORMACION CONTRACTUAL. | |
|---|---|
| Nombre o Razon social del contratista. | CC. / Nit |
| MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO | 1.073.695.066 |

**IV. TIPO DE CONTRATO:**

| Contrato | O.P.S. | Convenio | Fecha: | Contrato No. |
|---|---|---|---|---|
| X | | | 28/1/2022 | 2112 DEL 2022 |
| FECHA INICIO: | | | Plazo inicial | Adición |
| 7/2/2022 | | | CINCO (5) MESES Y QUINCE (15) DIAS, SIN QUE SUPEREN EL 31 DE DICIEMBRE DE 2022. | |

**OBJETO**

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LAS ACCIONES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL A LOS PRESTADORES, EAPB E IPS PUBLICAS Y PRIVADAS DEL MUNICIPIO DE SOACHA EN EL ADECUADO MANEJO DE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS COVID-19.

**V. PERIODO CERTIFICADO**

| Desde: DD/MM/AA | Hasta: DD/MM/AA | Informe No. |
|---|---|---|
| 1/3/2022 | 31/3/2022 | 2 |

**VI. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO**

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | VERIFICACIÓN |
|---|---|
| Realizar mensualmente asistencia tecnica y verificar mediante la inspeccion directa la implementacion del sistema unico de habilitacion en cumplimiento de la resolucion 3100 de 2019, cumplimiento del reporte del programa PGIRS, levantamientode medidas, entre otras acciones, en los prestadores locales de servicios de salud, profesionales independientes, incluyendo tiendas naturistas y seguimiento al registro especial de prestadores de servicios de salud (REPS), incluye el reporte de la estrategia de cuadrantes saludables, soportar asistencia y seguimiento minimo 30 entidades mensualmente. | Se realizan 3 asistencias tecnicas, (1) Clinica San luis hallando calibraciones de termometro vencidos (1) Asistir salud encontrando protocolo de higienizacion y lavado de manos pero publicada la infogafria de momento de lavado de manos. (1) Virrey solis se evidencio falta de cronograma de limpieza y desinfeccion de los refrigeradores al igual que cronograa de mantenimiento de los refrigeradores. |
| Realizar el reporte en el formato definido por la secretaria de salud de cundinamarca, referente a IPS, laboratorios, profesionales independientes y demas prestadores de servicios de salud, incluyendo tiendas naturistas que no cumplen con el proceso de habilitacion deacuerdo deacuerdo con la resolucion 3100 de 2019, como resultado de los seguimientos mensuales realizados al lider de auditoria de la direccion de aseguramiento de municipio segun los lineamientos para dicho caso. | se realiza matriz de consolidado mensual de las asistencias a las instituciones prestadoras de los sevicios de salud y sus respecctivos seguimientos. |
| Realizar seguimiento a las solicitudes reportadas por los servicios de urgencias del municipio que superan las 48 horas sin solucion por partes de las empresas administradoras de planes de beneficios - EAPB del regimen subsiado o contributivo, soportar connsolidado mensual de seguimiento y reporte de indicadores | se realiza seguimiento y verificacion de la ocupacion de la capacidad instalada de los servicios de UCI por COVID- 19 al Hospital Cardiovascular y Clinica San Luis realizando el analisis a diario y notificando a la coordinación y epidiologia, adicionalmente se realiza un informe ejecutivo de la ocupacion en el area de urgencias y hospitalizacion |
| verificar la capacidad tecnica y administrativa de la red prestadora de servicios de salud, para garantizar la atencion de los casos COVID-19 que se requiera de acuerdo a la normatividad vigente. | se realiza verificacion de la capacidad tecnica y administrativa en el REPS y durante la asistencia tecnica de la red prestadora de servicios de salud, para garantizar la atencion de los casos COVID-19 |

| | |
|---|---|
| Realizar los informes de acuerdo al proceso de auditoria, sobre el ejercicio de vacunacion Covid 19 y PRASS de las EAPB e IPS-S, y generar planes de mejora según las oportunidades identificadas a cada una de las entidades que incumplen, con reporte a los respectivos entes de control encargados. | Se realiza articulacion con las EAPB verificando acciones frente a PRASS generando compromisos y seguimientos, adicionalmente se realiza acompañamiento y articulacion con la IPS cuidarte para vacunacion Covid 19, Se solictan a las EAPB cohortes de vacunacion Covid. |
| Elaborar las respuestas de peticiones, quejas y reclamos que realicen los ciudadanos frente a las barreras y peticiones relacionadas en el goce efectivo del Derecho Fundamental a la salud para el manejo de COVID 19. | se adjunta respuesta emitida a la ESE Municipal Julio Cesar Peñaloza acerca de la solicitud de consolidado de los pacientes en la UCI por Covid 19 |
| Articulacion y seguimientos con los diferentes actores del sistema que intervienen en el proceso de referencia y contrareferencia ( radio de las IPS, Call center de los aseguradores, CRUE departamental), acciones que garanticen la continuidad en la atencion y una adecuada respuesta para el transporte oportuno a sus afiliados de urgencias, hospitalizados y domiciliario en el marco de COVID 19, y realizar reporte mensual a los entes sobre las oportunidades de mejora por parte de los aseguradores que operan dentro del municipio. | se realiza articulacion con el SEM y ambulancias publicas y privadas del municipio con la finalidadde establecer y fortalecer estrategiasque ayude a mejorar la operatividad del sistema de emergencias y garantizando una atencion oportuna a los residentes del municipio de Soacha. |
| Acatar las obligaciones generales dispuestas en los estudios e invitacion del proceso de contratacion. | se adjunta acta de reunion con lideres del equipo Covid donde se articulan estrategias para el avance del manejo |

En mi calidad de supervisor, previa verificacion de los productos recibidos certifico que el contratista cumplió con las obligaciones en los términos y tiempos pactados, las cuales fuerón 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 realizó 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.

**SANDRA GARCIA CHAVES**
**Firma del supervisor**
**Documento de identificacion/N°35.529.265**

**ANA LUCIA MORA POLOCHE**
**Firma apoyo a la supervision**
**Documento de identificacion/N°52.094.265**

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2022-02-09, 08:25:26 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1043618011

**Periodo Cotización:** febrero de 2022 **Periodo Servicio:** febrero de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8838299500

**PAGADO 09/02/2022**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO | | |
| **Documento** | CC1073695066 | **Dirección** | CL 38 #01 - 50 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3108794837 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | SOACHA | **Departamento** | CUNDINAMARCA |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | IGE | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Mintrabajo | Total |
| CC 1073695066 | MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 1.840.000 | $ 294.400 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 1.840.000 | $ 230.000 | 1,044 | $ 1.840.000 | $ 19.300 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 543.700 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.840.000 | $ 1.840.000 | $ 1.840.000 | $ 0 | $ 294.400 | $ 230.000 | $ 19.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 543.700 | $ 0 | $ 543.700 |



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!

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

SOACHA | Secretaría de Hacienda | Dirección de Impuestos Municipales
GOBIERNO MUNICIPAL
NIT. 800.094.755-7

EL CAMBIO AVANZA

Código 03

DECLARACIÓN DEL IMPUESTO DE

# INDUSTRIA Y COMERCIO - AVISOS Y TABLEROS

**Régimen Simplificado** **Año Gravable 2020-**

FORMULARIO No. 2020302804

"Recuerda que el pago y presentación de la declaración debe hacerse conforme lo estipulado en la normatividad Municipal vigente"

**DISTRIBUCIÓN GRATUITA**

DECLARACIÓN INICIAL [X] CLAUSURA [ ] CORRECCIÓN [ ] Formulario No. _____ DIA MES AÑO

## A. INFORMACION DEL CONTRIBUYENTE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. APELLIDOS | | | | 2. NOMBRES MAYERLLY KATERINE SUA ROMERO | | | | | |
| 3. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | T.I. [ ] | C.C [X] | C.E. [ ] | NIT [ ] | No. 1073695066 | | | DV 4 | |
| 4. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA | | | | | | | | | |
| 5. DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO CALLE 13 NO. 1-03 | | | | | | 6. BARRIO Terreros | | | |
| 7. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL Actividades de apoyo terapéutico | | | | | | 8. CÓDIGO ACTIVIDAD CIIU | 8 | 6 | 9 | 2 |
| 9. DIRECCION DE NOTIFICACIÓN CALLE 38 NO. 01-50 | | | | | | | | | |
| 10. BARRIO Terreros | | | 11. CIUDAD Soacha | | | 12. TELÉFONO FIJO O MOVIL 3108794837 | | | |

## B. LIQUIDACION IMPUESTO A CARGO

| 1. RANGO DE INGRESOS BRUTOS | | 2. MARQUE CON UNA (X) EL RANGO DE INGRESOS | 3. TARIFA EXPRESADA EN NÚMERO DE U.V.T. | 4. VALOR IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO ($) | 5. VALOR IMPUESTO AVISOS Y TABLEROS (15%) | 6. SOBRETASA BOMBERIL (1.5%) | 7. TOTAL IMPUESTO A CARGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DESDE | HASTA | X | | | | | |
| $ 0 | $ 28.486.000 | | 5 UVT | $ 178.000 | $ 27000 | $ 3.000 | $ 208.000 |
| $ 28.486.001 | $ 56.971.000 | | 10 UVT | $ 356.000 | $ 53.000 | $ 5.000 | $ 414.000 |
| $ 56.971.001 | $ 85.457.000 | | 15 UVT | $ 534.000 | $ 80.000 | $ 8.000 | $ 622.000 |
| $ 85.457.001 | $ 113.942.000 | | 20 UVT | $ 712.000 | $ 107.000 | $ 11.000 | $ 830.000 |
| $ 113.942.001 | $ 124.625.000 | | 25 UVT | $ 890.000 | $ 134.000 | $ 13.000 | $ 1.037.000 |

## C. LIQUIDACION PRIVADA

Aproxime los valores al múltiplo de mil más cercano

| | |
|---|---|
| 13. TOTAL IMPUESTO A CARGO (Trasladar el valor del impuesto a cargo de la columna 7) | $ 181,000 |
| 14. VALOR RETENIDO A TÍTULO DE IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO (No puede ser superior al renglón 13) | $ 121,800 |
| 15. SALDO A PAGAR POR IMPUESTO (Renglón 13 - Renglón 14) | $ 59,000 |
| 16. SANCIONES No. de meses [0] Código de sanción (Ver instrucciones) [0] [0] | $ 0 |
| 17. TOTAL SALDO A PAGAR (Renglón 15 + Renglón 16) | $ 59,000 |

## D. PAGO

| | |
|---|---|
| 18. VALOR A PAGAR (Renglón 17) | $ 59,000 |
| 19. INTERESES DE MORA (Sobre el Renglón 15) | $ 0 |
| 20. TOTAL A PAGAR (Renglón 18 + Renglón 19) | $ 59,000 |

## E. FIRMA

FIRMA DEL DECLARANTE

NOMBRES Y APELLIDOS Mayerlly Katerine Sua R.

T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] 1073695066

(415)7709998776890(8020)002020302804(3900)0000000059000(96)20210430

Recaudo a nivel Nacional:
Banco Av Villas
Banco BBVA
Banco Davivienda
Banco Agrario
Banco Bogotá
Banco Caja Social
Banco Popular
Bancolombia
Banco de Occidente

ESPACIO SELLOS Y REGISTRO DEL BANCO

BANCO DAVIVIENDA 51-023 H.N. 29 MAR. 2021 CAJERO 2 RECIBIDO CON PAGO

Dirección de Impuestos Municipales
Carrera 8 No. 12 - 29
Código Postal: 250051
Teléfono 732 69 00 - 732 80 72
registrotributario@alcaldiasoacha.gov.co
www.alcaldiasoacha.gov.co

Copia 1 - Contribuyente