FORMATO PARA TRAMITE DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA:	INGRID HASBLEIDY MAYORGA VALDERRAMA
No DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.073.158.454
FECHA DE NACIMIENTO:	11 de marzo de 1990
DIRECCIÓN RESIDENCIA:	Carrera 16 # 4-44 prados de Madrid
DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA:	CUNDINAMARCA
CIUDAD RESIDENCIA:	MADRID
TELÉFONO FIJO Y CELULAR:	3138405918
CORREO ELECTRÓNICO:	INGRIDHM26@GMAIL.COM
DURACIÓN DEL CONTRATO: corresponde al tiempo total pactado entre las partes (contratante y contratista). Número de meses	4 MESES
FECHA DE INICIO - FECHA DE FINALIZACION:	2-3-23 1-7-23
VALOR DEL CONTRATO: registre el valor total del contrato	TRECE MILLONES QUINIENTOS DIECISEIS MIL PESOS M/CTE ($13.516.000)
DEDUCCIONES:	
INGRESO MENSUAL:	TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL PESOS M/CTE ($3.379.000) M/Cte.
IBC: recuerde calcular este valor teniendo en cuenta que es igual al 40% del valor neto de los honorarios o de la remuneración por los servicios prestados. Que no puede ser inferior a un SMLMV ni superior a veinte SMLMV.	$1.351.600
CENTRO DE TRABAJO: Marque con una x la opción que corresponde a la sede del contratante en la que el trabajador independiente desarrollará su actividad. Si no pertenece a los numerales 1,2,3 o 5 marque el numeral 4	1.Visitas Domiciliarias 2.Obras Publicas 3.Inspectores 4.Sede Principal X 5.Conductores
LE SUMINISTRARAN TRANSPORTE:	SI____ NO_X_ -Moto -Bicicleta -Vehículo Automóvil, camioneta etc.
ACTIVIDAD ECONÓMICA: hace referencia al nombre de la actividad que desarrollara el trabajador	ENFERMERA
AFP: Donde está afiliado el trabajador	COLPENSIONES
EPS: Donde está afiliado el trabajador	COMPENSAR
ARL ANTERIOR:	COLMENA
SECRETARIA DONDE PRESTARA EL SERVICIO:	SECRETARÍA DE SALUD
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO LAURA CAMILA ROMERO RODRIGUEZ	**FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

1-03-23

CODIGO: GTH-FR-54
VERSIÓN: 04
FECHA: 08 ENE 2020
DOCUMENTO CONTROLADO

ACTA DE INICIO

CONTRATO No FACATATIVA-359-23 **DE FECHA** 01 DE MARZO DE 2023
(Dia/mes/año de suscripción)

LICITACIÓN PÚBLICA		**CONCURSO DE MERITOS**	
CONTRATACION DIRECTA	**X**	**SELECCIÓN ABREVIADA**	
MINIMA CUANTIA		**OTRO**	

OBJETO DEL CONTRATO

CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN ENFERMERÍA PARA APOYAR EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA EN SALUD DE LA DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, Y HACER SEGUIMIENTO A GESTANTES Y PUERPERAS EN EL MUNICIPIO DE FACATATIVÁ

(Indique el objeto del contrato de ejecución suscrito)

FECHA DE INICIACIÓN DEL CONTRATO 2 (Día) MARZO (Mes) 2023 (Año)

PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO CUATRO (04) MESES
(Indique en este espacio el número de días o de meses para ejecutar el contrato)

VALOR INICIAL DEL CONTRATO $13.516.000
(Indique en este espacio el valor del contrato en números)

FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO 1 (Día) JULIO (Mes) 2023 (Año)

INTERVENTOR

SUPERVISOR SECRETARIA DE SALUD

En el municipio de Facatativá, en la fecha señalada, se reunieron INGRID HASBLEIDY MAYORGA VALDERRAMA
(Diligencie este espacio indicando el nombre del representante legal o delegado del contratista)

Contratista, y LAURA CAMILA ROMERO RODRIGUEZ Supervisora asignada por la Secretaría Juridica a través de SECOP II, con el fin de suscribir la presente ACTA DE INICIO del contrato citado

Los suscritos Supervisor y Contratista declaramos que conocemos las condiciones del contrato y certificamos que se cumplieron los requisitos de ejecución indicados en este, es decir la expedición del Registro Presupuestal No 2023000897 del 01 de marzo de 2023, la aprobación de las pólizas y la publicación cuando a ello hubiere lugar.

(Firma) Ingrid Mayorga
CONTRATISTA

(Firma)
SUPERVISOR