2023 -06 -13 **2,304,000.00**

JIMENEZ ARDILA ANAYIVE

DOS MILLONES TRESCIENTOS CUATRO MIL PESOS M/CTE

# MUNICIPIO DE SOACHA

CALLE 13 7-30
NIT. 800094755-7
SOACHA

**COMPROBANTE DE EGRESO Nº** **8131**

**Beneficiario:** JIMENEZ ARDILA ANAYIVE
**Concepto :** ACTA PARCIAL # 4 DE MAYO 2023. CONTRATO 0701/2023 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LOS PROCESOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE SOACHA. BMP2023257540113
**Valor Egreso:** 2,304,000.00 **Orden:** 7387
**Banco:** BANCO BANCOLOMBIA **Cuenta Nº :** 22113580074

**DETALLE DE LIQUIDACION DE ORDEN No.7387**

| Descripción | % | Valor Base | | Valor |
|---|---|---|---|---|
| **Descuentos y otros recargos** | | | | |
| RETENCION ICA 10 X MIL | -1,00 | 2,400,000.00 | | -24.000,00 |
| Adulto Mayor | -3,00 | 2,400,000.00 | | -72.000,00 |
| | | | **-$** | **96,000.00** |
| | | **VALOR NETO** | **$** | **2.304.000,00** |

Paula Cristina Suarez

**PAULA CRISTINA SUAREZ DUARTE**
DIRECTORA DE TESORERIA

## ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO Nº 8,131

| No Nit | Beneficiario | Valor Neto | Cheque Girado | Información bancaria beneficiario | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Cuenta | Tipo Cuenta | Entidad Bancaria | |
| 1 1024486191 | JIMENEZ ARDILA ANAYIVE | 2,304,000.00 | | | Corriente | | |
| | **TOTAL** | **2,304,000.00** | | | | | |

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

**Elaboro:** NRODRIGUEZ1

COPIA


PCT Enterprise

# MUNICIPIO DE SOACHA

NIT. 800094755-7

**ORDEN DE PAGO**

**Vigencia Fiscal 2023** **Orden de Pago No. 7387**

**Lugar y Fecha:** SOACHA 8-jun.-2023
**Tipo de Orden:** TECNICOS OPS
**Pagado a:** JIMENEZ ARDILA ANAYIVE **Nit/C.C. :** 1024486191 2 Persona Natural
**Documento_:** Contrato 0701
**Facturas:** ACTA PARCIAL # 4 DE MAYO 2023 del 08/06/2023-;
**Concepto:** ACTA PARCIAL # 4 DE MAYO 2023. CONTRATO 0701/2023 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LOS PROCESOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE SOACHA. BMP2023257540113
**Programa:**

Registro Presupuestal: **828** Vigencia Registro: **2023** Contrato : 0701

**Detalle Orden**

| Imputación Presupuestal | Valor |
|---|---|
| 0111 - 2.3.19.05.027.113.2.3.2.02.0 | 2.400.000,00 |
| | $ 2.400.000,00 |

**Detalle Liquidación**

| Descripción | % | V. Base | Valor |
|---|---|---|---|
| **Descuentos y otros recargos** | | | |
| RETENCION ICA 10 X MIL | -1,000 | 2,400,000.00 | -24.000,00 |
| Adulto Mayor | -3,000 | 2,400,000.00 | -72.000,00 |
| | | | $-96.000,00 |
| | | | **$ 2.304.000,00** |

*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.*

*CAMILO ANDRES CEPEDA CARRERO*
*SECRETARIO DE HACIENDA*

**Afectación Contable**

| Cuenta | Débito | Crédito | Descripción |
|---|---|---|---|
| 24362705 | 0.00 | 24.000.00 | RETENCION ICA 10 X MIL |
| 249055 | 0.00 | 2.304.000,00 | Servicios |
| 24909009 | 0.00 | 72.000.00 | Fondo Adulto mayor |
| 55020502 | 2.400.000.00 | 0.00 | Servicios tecnicos OPS |
| | 2.400.000,00 | 2.400.000,00 | |

**CLAUDIA ESPERANZA BARRIOS ARDILA**
CONTADORA MUNICIPAL

a Junio 23

IMPRIMIO : ESPERANZA RAMIREZ

8131 Pct Enterprise COPIA 

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

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

**Nombre del pago:** SAL120BI
**Secuencia:** Z
**Número de cuenta a debitar:** 22113580074

**Fecha:** 16-06-2023 **Hora:** 16:18:34
**Fecha de Generación:** 16-06-2023

**Fecha de envío del pago:** 13-06-2023
**Fecha para Procesar el pago:** 13-06-2023

**Impreso por:** Nrodriguez1

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Total Registros del Lote:** 3 | **Registros Procesados:** 3 | **Registros Rechazados:** 0 | **Registros Pendientes:** 0 |
| **Valor Total del Pago:** $10,752,000.00 | **Valor Registros Procesados:** $10,752,000.00 | **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19279637626 | Ahorros | 53890438 | CAROL ADRIANA MORA | 4,800,000.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE | 13-06-2023 |
| 22184346871 | Ahorros | 39675303 | ADRIANA JEANNETH V | 3,648,000.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE | 13-06-2023 |
| 62486367861 | Ahorros | 1024486191 | ANAYIVE JIMENEZ AR | 2,304,000.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE | 13-06-2023 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 39660734 | LOZANO GONZALEZ LIBIA YOLANDA | 5,726,000.00 | 24528042111 | de Ahorros | BANCO CAJA SOCI | |

**TOTAL** **5,726,000.00**

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

**Elaboro:** NRODRIGUEZ1

COPIA



PCT Enterprise

Folios (9)

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

C.

**ESPACIO PARA SELLOS**

| RADICACION | CENTRAL DE CUENTAS |
|---|---|
| 7387. | ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA SECRETARIA DE HACIENDA RECIBIO Hora: JUN 6 Fecha: Firma: |

779 120826

**1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO**

| | |
|---|---|
| NUMERO DE CONTRATO | 701 |
| OBJETO | |
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LOS PROCESOS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA | |

| | |
|---|---|
| FECHA DE CONTRATO | 07 de febrero de 2023 |
| PLAZO DE EJECUCION | Cuatro (4) meses, sin que supere el 31 de Diciembre de 2023. |
| FECHA DE INICIO | 09 de febrero de 2023 |
| FECHA DE FINALIZACION | 08 de junio de 2023 |
| PRORROGAS EN TIEMPO | |
| SUSPENSIONES EN TIEMPO | |

| CONTRATISTA | | | | SUPERVISOR | |
|---|---|---|---|---|---|
| ANAYIVE JIMENEZ ARDILA | | | | JOSE SADID GONZALEZ SOLER | |
| C.C. | X | NIT | | CARGO | AUXILIAR AREA SALUD |
| ACTIVIDAD ECONOMICA CIIU | | 1024486191 | | DEPENDENCIA | Secretaria de Salud |
| REGIMEN DE VENTAS | | 8692 | | CORREO | jgonzalez@alcaldiasoacha.gov.co |
| | | NO RESPONSABLE DE IVA | | | |

**2. INFORMCION PARA TRAMITE DE PAGO**

**IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO UNICO | | | |
| ACTA PARCIAL | X | N°. | 4 |
| ANTICIPIO | | % | |
| PAGO ANTICIPADO | | % | |

| | |
|---|---|
| PERIODO | 01/05/2023 a 31/05/2023 |
| VALOR DEL PAGO | 2.400.000,00 |
| VALOR DEL PAGO EN LETRAS | |
| DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE | |
| N° FACTURA | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CUENTA BANCARIA | 62486367861 | | |
| BANCO | BANCOLOMBIA | TIPO | AHORROS |

**PAC**

| | |
|---|---|
| ENERO | |
| FEBRERO | |
| MARZO | 1.840.000,00 |
| ABRIL | 2.400.000,00 |
| MAYO | 2.400.000,00 |
| JUNIO | 2.400.000,00 |
| JULIO | 560.000,00 |
| AGOSTO | |
| SEPTIEMBRE | |
| OCTUBRE | |
| NOVIEMBRE | |
| DICIEMBRE | |
| REZAGO | |
| **TOTAL** | **9.600.000,00** |

Anayive Jimenez
FIRMA CONTRATISTA

FIRMA SUPERVISOR

**ESPACIO EXCLUSIVO SECRETARÍA DE HACIENDA**

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

Daniela
Vo. Bo. CENTRAL DE CUENTAS

REVISADO FINANCIERA

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 | 701 |
|---|---|
| OBJETO | |
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LOS PROCESOS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA | |

**IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO UNICO | | | |
| ACTA PARCIAL | X | N°. | 4 |
| ANTICIPIO | 0 | % | 0 |
| PAGO ANTICIPADO | 0 | % | 0 |

**3. IMPUTACION PRESUPUESTAL**

| CDP | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO | 1517 | FECHA | 20 de enero de 2023 |
| RUBRO | | VALOR | |
| 0111-2.3.19.05.027.113.2.3.2.02.02.009.91122.19.02.27-2 | | 9.600.000 | |

| CRP | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO | 828 | FECHA | 08 de febrero de 2023 |
| RUBRO | | VALOR | |
| 0111-2.3.19.05.027.113.2.3.2.02.02.009.91122.19.02.27-2 | | 9.600.000 | |

| CDP | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO | | FECHA | |
| RUBRO | | VALOR | |
| | | | |

| CRP | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO | | FECHA | |
| RUBRO | | VALOR | |
| | | | |

| CDP | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO | | FECHA | |
| RUBRO | | VALOR | |
| | | | |

| CRP | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO | | FECHA | |
| RUBRO | | VALOR | |
| 0 | | | |

**4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO**

| | |
|---|---|
| VALOR INICIAL CONTRATO | 9.600.000 |
| ADICION 1 | |
| ADICION 2 | - |
| ADICION 3 | |
| VALOR TOTAL CONTRATO | 9.600.000,00 |

| | |
|---|---|
| PAGO ANTICIPADO | |
| ANTICIPO 1 | |
| ANTICIPO 2 | |
| ANTICIPO 3 | |
| TOTAL ANTICIPOS | - |

| NUMERO DE ACTA | VALOR A GIRAR | AMORTIZACION | TOTAL ACTA |
|---|---|---|---|
| ACTA PARCIAL 1 | $ 1.760.000,00 | | 1.760.000 |
| ACTA PARCIAL 2 | $ 2.400.000,00 | | 2.400.000,00 |
| ACTA PARCIAL 3 | $ 2.400.000,00 | | 2.400.000,00 |
| ACTA PARCIAL 4 | $ 2.400.000,00 | | 2.400.000,00 |
| 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 | 8.960.000 | - | 8.960.000 |

**ESTADO DE EJECUCION FINANCIERA**

| | |
|---|---|
| TOTAL GIROS | 8.960.000 |
| AMORTIZACIONES | - |
| EJECUCION | 8.960.000 |
| POR AMORTIZAR | |
| POR EJECUTAR | 640.000 |

**OBSERVACIONES**

| SALDO A LIBERAR | - | FECHA ACTA LIQUIDACION | |
|---|---|---|---|

Arayive Jimenez

FIRMA CONTRATISTA

FIRMA SUPERVISOR

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Alcaldía Municipal de Soacha | **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** | 701 |

**OBJETO**

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LOS PROCESOS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA

**IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PAGO UNICO** | 0 | | |
| **ACTA PARCIAL** | X | N°. | 4 |
| **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** | MAYO |
| **PLANILLA** | 67829613 |
| **I.B.C.** | 1.160.000,00 |
| **APORTE** | 145.000,00 |

| **PENSION** | |
|---|---|
| **ENTIDAD** | PROTECCION |
| **PERIODO** | MAYO |
| **PLANILLA** | 67829613 |
| **I.B.C.** | 1.160.000,00 |
| **APORTE** | 185.600,00 |

| **ARL** | |
|---|---|
| **ENTIDAD** | SEGURO DE VIDA COLPATRIA |
| **PERIODO** | MAYO |
| **PLANILLA** | 67829613 |
| **I.B.C.** | 1.160.000,00 |
| **APORTE** | 28.300,00 |

| | |
|---|---|
| **CONTRATISTA** | ANAYIVE JIMENEZ ARDILA |
| **C.C. O NIT** | 1024486191 |
| **E-MAIL** | ajimenez.saludsoacha@gmail.com |
| **TELEFONO** | 3228474263 |

Anayive Jimenez

**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** | JOSE SADID GONZALEZ SOLER |
| **CARGO** | AUXILIAR AREA SALUD |
| **DEPENDENCIA** | SECRETARÍA DE SALUD |
| **E-MAIL** | jgonzalez@alcaldiasoacha,gov,co |
| **TELEFONO** | 3202624472 |

**FIRMA**

## 6. ANEXOS

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

| 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 | MM | AA |
| | | 29 | 11 | 2018 |

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

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

1. Yo, **ANAYIVE JIMENEZ ARDILA** identificado con Cédula de Ciudadanía No. C.C. **1.024.486.191** de **BOGOTA** 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 desde el 01/05/2023 hasta el 31/05/2023

| ENTIDAD | No. CONTRATO | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN | VALOR DEL CONTRATO | INGRESO MENSUAL |
|---|---|---|---|---|---|
| Alcaldía Municipal de Soacha | 701 | 09 de febrero de 2023 | 08 de junio de 2023 | 9.600.000 | 2.400.000 |

2. Bajo la gravedad de juramento certifico que SI [ ] NO [X] , 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 | **COMÚN** | |

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

| NOMBRE DEL DEPENDIENTE | EDAD | PARENTESCO | VALOR MENSUAL |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

Anayive Jimenez

**ANAYIVE JIMENEZ ARDILA**
FIRMA DEL CONTRATISTA

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

## I. INFORMACION DE SUPERVISION O INTERVENTORIA.

| Fecha de Expedicion MM | AA | Supervisor o Interventor | Telefono o Ext. |
|---|---|---|---|
| | | JOSE SADID GONZALEZ SOLER<br>AUXILIAR AREA SALUD | 7306060 |

## II. INFORMACION CONTRACTUAL.

| Nombre o Razon social del contratista. | CC. / Nit |
|---|---|
| ANAYIVE JIMENEZ ARDILA | 1.024.486.191 |

**TIPO DE CONTRATO: Prestacion de Servicios**

| Contrato | O.P.S | Convenio | Fecha | No. |
|---|---|---|---|---|
| | X | | 07 de febrero de 2023 | 701 |

| Fecha de inicio | 09 de febrero de 2023 | Plazo de ejecucion | Cuatro (4) meses, sin que supere el 31 de Diciembre de 2023 |
|---|---|---|---|

**OBJETO CONTRACTUAL**

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LOS PROCESOS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA

## III. PERIODO CERTIFICADO

| Desde: DD/MM/AA | Hasta: DD/MM/AA | Acta |
|---|---|---|
| 01/05/2023 | 31/05/2023 | 4 |

## IV. CUMPLIMIENTO SEGÚN CONTRATO.

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO | PRODUCTOS PRESENTADOS |
|---|---|---|
| 1 Apoyar el desarrollo de las jornadas de vacunación (Nacional, Departamental y Municipal) de acuerdo a la coordinación de la dirección. | para el mes de mayo se realizo organización, desarrollo y seguimiento a jornadas de vacunacion nacional, departamental y municipal, coordinando la ejecucion del plan de accion del PAI y apoyando plan informativo. Jornada de comunidad afro barrio arboria 19/05/2023 acta reposa en soporte medio magnetico CD carpeta poc 701 | soporte medio magneticos, acta del 02/05/2023 reposa en carpeta 608 de la direccion de salud publica, oficina pic . Acta del 05/04/2023 reposa en soporte medio magnetico CD carpeta 701. |
| 2 Apoyar el desarrollo de monitoreos rápidos, barridos casa a casa para la cobertura de vacunación solicitados por el departamento o municipal. | para el mes de mayo se realiza apoyo a la dimension de epidemiologia en los monitoreos de evento sospecha fosfereina los dias 05/05/2023, 17/05/2023; parálisis flácida aguda acta 17/05/2023; Barridos Barrio villa luz 06/05/2023, 08/05/2023,09/05/2023; Barrios ducales 11/05/2023; Acta generagal de monitoreo de coberturas 13/05/2023 | soporte medio magneticos CD carpeta 701 de la direccion de salud publica, oficina pic . |
| 3 Realizar seguimientos vía telefónica, por la PAI WEB y en terreno, según se requiera de las bases de datos como ( bases PAIWEB, Base de Cohorte de Recién Nacidos, Bases de SIMAT, Bases de ICBF) entregados por la | Durante el mes de mayo se realizo seguimineto a las cohortes de seguimiento a las niñas para inmunizar con VPH susceptibles del municipio. | soporte medio magneticos CD carpeta 701 de la direccion de salud publica, oficina pic . 1 PDF correo de envio al referente del programa PAI. |
| 4 Realizar mínimo 5 búsqueda activa comunitaria (BAC) mensuales de la población estipulada en el instrumento entregado por la referente. | se realizo busqueda activa comunitaria (bac) en barridos y jornadas de vacunacion el cual se captan familias en barrido casa a casa por las manzanas asignadas dando cumplimiento de geo referenciacion | soporte medio magneticos CD carpeta 701 de la direccion de salud publica, oficina pic, BAC de pdf y en fisico mes de marzo. |
| 5 Realizar mínimo 5 búsqueda activa comunitaria (BAC) mensuales de la población estipulada en el instrumento entregado por la referente. | se realizo canalizaciones de busqueda activa comunitaria en el cual se canalizaron gestantes, mujeres en edad fertil, menores de 5 años, cronicos y niños pai. Se realiza envio de canalizacion al correo de la referente del programa | soporte medio magneticos CD carpeta 701 de la direccion de salud publica, oficina pic, BAC de canalizacion en excel. 1 PDF correo electronico envio de la base a la referente. |
| 6 Reportar la población identificada como no afiliada al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), Migrante y Victima de conflicto armado y | se realizo durante el mes de mayo un cuadro de excel, de poblacion identificada en terreno sin afiliacion al sistema general de seguridad socialen salud, un cuadro en excel de migrantes 2, se realiza el envio de la base al correo de la referente. | soporte medio magneticos CD carpeta 701 de la direccion de salud publica, oficina pic, base de excel, PDF de envio al correo electronico al referente de pai |
| 7 Apoyar la realización de las investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) o los grupos a disponibilidad para la atención y contención de todos | apoyar la realizacion de investigaciones del campo (AIEPI) a los grupos de disponibilidad para la atencion y contencion de los eventos notificados al sistema de vigilancia epidemiologica, en los tiempos establecidos por los pretocolos del instituto nacional de salud. | soporte medio magneticos CD carpeta 701 de la direccion de salud publica, oficina pic, IEC en formatos PDF |
| 8 Apoyar las estrategias de PAI extramural para cumplimiento de las coberturas del PAI. | para el mes de mayo se realizo el colegio niño jesus sede primaria el 25/05/2023 | soporte medio magneticos CD carpeta 701 de la direccion de salud publica, oficina pic, actas PDF correspondientes a la fecha de ejecucion del 25/05/2023 |
| 9. Apoyar el seguimiento de estrategias efectivas para el cumplimiento de las coberturas utiles de vacunacion metas horarios de atencion y seguimiento a cohorte efectivo | durante el mes de mayo se realizo capacitacion asistida con gobernacion con el fin de fortalecer y evaluar las estrategias de cobeertura pai | soporte medio magneticos CD carpeta 701 de la direccion de salud publica, acta de PDF 23/05/2023 |
| 10. Realizar seguimientos centros de desarrollo infantil y familiar jardines y hogares comunitarios caracterizados a necesidad del programa | para el mes de mayo se realizaron los siguientes jardines: Jardin infantil tingo tango 05/05/2023; Jardin kindergarten 05/05/2023; CDI torrentes los dias 12/05/2023 y 16/05/2023. | soporte medio magneticos CD carpeta 701 de la direccion de salud publica, oficina pic, actas (2) 05/05/2023; 12/05/2023 Y 16/05/2023. |
| 11.Acatar las obligaciones generales dispuestas en los estudios previos e invitación del proceso de contratación. | se entrega planilla de pago de seguridad socila mes de mayo y se entrega mipg del mes de mayo. | soporte medio magneticos CD carpeta 701 de la direccion de salud publica, mipg y planilla. |

**FIRMA DEL SUPERVISOR**
**JOSE SADID GONZALEZ SOLER**
**CC 79575981**

Anayive Jimenez

**ANAYIVE JIMENEZ ARDILA**
**FIRMA DEL CONTRATISTA**
**CC 1024486191**

ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA

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

## SECRETARIA DE SALUD

| I. INFORMACION DE SUPERVISION | | |
|---|---|---|
| Fecha de Expedicion | Supervisor o Interventor | Teléfono o Ext. |
| DD MM AA | JOSE SADID GONZALEZ SOLER<br>AUXILIAR AREA SALUD | 7306060 |
| **II. INFORMACION DE APOYO A LASUPERVISION** | | |
| Nombre: | SANDRA CAROLINA HUERTAS ABELLA | 3224627423 |
| Cargo: | AUXILIAR AREA SALUD | |

| III. INFORMACION CONTRACTUAL. | |
|---|---|
| Nombre o Razon social del contratista. | CC. / Nit |
| ANAYIVE JIMENEZ ARDILA | 1.024.486.191 |

| IV. TIPO DE CONTRATO | | |
|---|---|---|
| Contrato O.P.S. Convenio | **Fecha:** | **Contrato No.** |
| X | 07 de febrero de 2023 | 701 |
| **FECHA INICIO:** | **Plazo Inicial** | **Adición** |
| 09 de febrero de 2023 | Cuatro (4) meses, sin que supere el 31 de Diciembre de 2023. | |

**OBJETO**

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LOS PROCESOS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA

| V. PERIODO CERTIFICADO | | |
|---|---|---|
| **Desde: DD/MM/AA** | **Hasta: DD/MM/AA** | **Informe No.** |
| 01/05/2023 | 31/05/2023 | 4 |

## VI. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | VERIFICACIÓN |
|---|---|
| 1 Apoyar el desarrollo de las jornadas de vacunación (Nacional, Departamental y Municipal) de acuerdo a la coordinación de la dirección. | soporte medio magneticos, acta del 02/05/2023 reposa en carpeta 608 de la direccion de salud publica, oficina pic . Acta del 05/04/2023 reposa en soporte medio magnetico CD carpeta 701. |
| 2 Apoyar el desarrollo de monitoreos rápidos, barridos casa a casa para la cobertura de vacunación solicitados por el departamento o municipal. | soporte medio magneticos CD carpeta 701 de la direccion de salud publica, oficina pic . |
| 3 Realizar seguimientos vía telefónica, por la PAI WEB y en terreno, según se requiera de las bases de datos como ( bases PAIWEB, Base de Cohorte de Recién Nacidos, Bases de SIMAT, Bases de ICBF) entregados por la referente del programa ampliado de inmunización de los niños y niñas menores de seis años y adultos vacunados en las UPGD del Municipio de Soacha, identificando: cantidad de niños y niñas, grupo etario, aseguramiento en salud, enfoque diferencial, esquema de vacunación y control de desarrollo y crecimiento. | soporte medio magneticos CD carpeta 701 de la direccion de salud publica, oficina pic . 1 PDF correo de envio al referente del programa PAI. |
| 4 Realizar mínimo 5 búsqueda activa comunitaria (BAC) mensuales de la población estipulada en el instrumento entregado por la referente. | soporte medio magneticos CD carpeta 701 de la direccion de salud publica, oficina pic, BAC de canalizacion en excel. 1 PDF correo electronico envio de la base a la referente. |
| 5 Realizar mínimo 5 búsqueda activa comunitaria (BAC) mensuales de la población estipulada en el instrumento entregado por la referente. | soporte medio magneticos CD carpeta 701 de la direccion de salud publica, oficina pic, BAC de canalizacion en excel. 1 PDF correo electronico envio de la base a la referente. |
| 6 Reportar la población identificada como no afiliada al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), Migrante y Víctima de conflicto armado y reportar mensualmente al referente del PAI. | soporte medio magneticos CD carpeta 701 de la direccion de salud publica, oficina pic, base de excel, PDF de envio al correo electronico al referente de pai |
| 7 Apoyar la realización de las investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) o los grupos a disponibilidad para la atención y contención de todos los brotes relacionados de los eventos notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) en los tiempos establecido por los protocolos del instituto nacional de salud. | soporte medio magneticos CD carpeta 701 de la direccion de salud publica, oficina pic, IEC en formatos PDF |

| | |
|---|---|
| 7 Apoyar la realización de las investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) o los grupos a disponibilidad para la atención y contención de todos los brotes relacionados de los eventos notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) en los tiempos establecido por los protocolos del instituto nacional de salud. | soporte medio magneticos CD carpeta 701 de la direccion de salud publica, oficina pic, IEC en formatos PDF |
| 8 Apoyar las estrategias de PAI extramural para cumplimiento de las coberturas del PAI. | soporte medio magneticos CD carpeta 701 de la direccion de salud publica, oficina pic, actas PDF correspondientes a la fecha de ejecucion del 25/05/2023 |
| 9. Apoyar el seguimiento de estrategias efectivas para el cumplimiento de las coberturas utiles de vacunacion metas horarios de atencion y seguimiento a cohorte efectivo | soporte medio magneticos CD carpeta 701 de la direccion de salud publica, acta de PDF 23/05/2023 |
| 10. Realizar seguimientoa centros de desarrollo infantil y familiar jardines y hogares comunitarios caracterizados a necesidad del programa | soporte medio magneticos CD carpeta 701 de la direccion de salud publica, oficina pic, actas (2) 05/05/2023; 12/05/2023 Y 16/05/2023. |
| 11.Acatar las obligaciones generales dispuestas en los estudios previos e invitación del proceso de contratación. | soporte medio magneticos CD carpeta 701 de la direccion de salud publica, mipg y planilla. |

**JOSE SADID GONZALEZ SOLER**
**Firma del supervisor**
**CC 79575981**

**SANDRA CAROLINA HUERTAS ABELLA**
**Firma de apoyo de supervisor**
**CC. 52726137**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1024486191 | ANAYIVE JIMENEZ ARDILA | CRA 45 58 C 62 SUR | 4096696 | anayjimenez@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ, D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | IBC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-05 | 2023-05 | I | 15/06/2023 | 67829613 | $358.900 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Días | Salario | Extranjero | Colombiano en el exterior | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | Cotizante exonerado | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | 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 | 1024486191 | JIMENEZ ARDILA ANAYIVE | 30 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.160.000 | 185.920 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.160.000 | 145.000 | 14-4 | 1.160.000 | 3 | 28.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1024486191 | ANAYIVE JIMENEZ ARDILA | CRA 45 58 C 62 SUR | 4080805 | anayjimenez@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| 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 |
| 2023-05 | 2023-05 | I | 15/05/2023 | 67829612 | $358.900 |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 145.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 145.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 185.600 | 1 |

**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 | | | | | | | | | | |
| 14-4 | Vida Colpatria S.A. | 860002183-9 | 28.300 | | | | 28.300 | 0 | 0 | 28.300 | | | 283 | 28.300 | 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 | 145.000 | 145.000 |
| Pensión | 1 | 185.600 | 185.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 28.300 | 28.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 358.900 | 358.900 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información