Alcaldía de Villeta	ALCALDÍA MUNICIPAL DE VILLETA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN Y ACTA DE AVANCE	Código: FO-GA-01 Fecha: 21/07/2021 F.A: 04/01/2024 Versión:02 Página: 1 de 1

CONTRATO No	150	ACTA No	1	FECHA DEL ACTA	9-Apr-2024

OBJETO CONTRACTUAL:

CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EXEQUIALES Y SUMINISTRO A TÍTULO DE VENTA DE COFRES MORTUORIOS, CON EL FIN DE BRINDAR DIGNA SEPULTURA A LAS PERSONAS FALLECIDAS PERTENECIENTES A LOS ESTRATOS SOCIO-ECONÓMICOS 1, 2 Y 3 DEL SISBEN, A LOS CADÁVERES SIN DOLIENTES, A LAS VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO INTERNO, BEBÉS O NEONATOS, CADÁVERES EN CONDICIÓN DE NO IDENTIFICADOS Y ADULTOS MAYORES QUIENES HAYAN FALLECIDO Y ESTUVIESEN A CARGO DEL CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR, HOGAR GERIÁTRICO SAN MIGUEL DEL MUNICIPIO DE VILLETA CUNDINAMARCA

RIODO INFORMADO DEL CONTRAT	DEL	16/02/2024	AL	31/03/2024	**FECHA DE TERMINACION DEL CONTRATO** 31/12/2024

CONTRATANTE:	X	ALCALDIA DE VILLETA CUNDINAMARCA	**NIT.:**	899999312-2
ORD DEL GASTO:	X	CESAR AUGUSTO CEBALLOS GIRALDO	**C.C.:**	11433481
CONTRATISTA:	X	FUNERARIA SAN REMO S.A.S.	**NIT.:**	1016005989
REP. LEGAL:	X	OLGA LUCIA PERÉZ MOLINA	**C.C.:**	43.685.456
SUPERVISOR:	X	CESAR AUGUSTO CEBALLOS GIRALDO	**CARGO**	SECRETARIO ADMINISTRATIVO Y DE GOBIERNO
DEP. SUPERVISOR	X	SECRETARIA ADMINISTRATIVA Y DE GOBIERNO		
INTERVENTOR:	X	0	**NIT.:**	0

ASUNTO: En el presente documento, se detalla el informe de supervision y acta de avance, en el cual se realiza un analisis cuantitativo, cualiativo de ejecucion, novedades en cuanto adiciones, prorrogas, suspenciones, y verificacion de requisitos para determinar si es viable o no el pago.

A. BALANCE DEL TERMINO DEL CONTRATO

Plazo Cumplido **10%**

A1. PLAZO INICIAL DE EJECUCION:	MESES	10	DIAS	15	**INICIA**	16-Feb-2024
A2. PRORROGAS O ADICIONES EN TIEMPO REALIZADAS EN EL PERIODO EVALUADO	MESES	0	DIAS	0		
A3. PRORROGAS O ADICIONES EN TIEMPO REALIZADAS EN ACTAS ANTERIORES	MESES	0	DIAS	0		
A4. SUSPENSIONES DEL CONTRATO EN EL PERIODO EVALUADO	MESES	0	DIAS	0		
A5. SUSPENSIONES DEL CONTRATO REALIZADAS EN ACTAS ANTERIORES	MESES	0	DIAS	0		
A6. PLAZO DEL CONTRATO (A1+A2+A3)	**MESES**	**10**	**DIAS**	**15**		
A7. PLAZO EJECUTADO	**MESES**	**1**	**DIAS**	**15**		
A8. PLAZO POR EJECUTAR	**MESES**	**9**	**DIAS**	**0**	**TERMINA**	31/12/2024

B. SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

Obligaciones Cumplidas **100%**

No	OBLIGACION	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	NO APLICA	OBSERVACIONES
a	Cumplir con el objeto contractual con autonomía técnica, administrativa y financiera, y con acatamiento estricto de las condiciones técnicas exigidas por la entidad.						
b	Prestar el servicio de exequias para la población objeto del estudio de necesidad de la presente contratación, teniendo en cuenta el plazo estipulado y/o hasta agotar presupuesto. Los servicios incluirán los ítems que se establecen dentro de las CONDICIONES TÉCNICAS exigidas por la Entidad						
c	Verificar el cumplimiento de los requisitos exigidos para los usuarios en condición de no identificado e identificados, fijados por la secretaria de gobierno, para acceder a la ayuda exequial como son: 1.) para los usuarios en condición de NO identificados: Certificado expedido por medicina legal en condición de no identificado 2.) para los usuarios identificados: 1). Carta solicitud servicio. 2). Fotocopia del documento de identidad de occiso. 3). Certificado de defunción. 4). Certificado de residencia en el municipio del occiso, expedida por la junta de acción comunal. 5). Certificado- consulta categoría Sisbén del occiso 6). Fotocopia de un recibo de servicios públicos de la vivienda del grupo familiar, 3). Para los usuarios identificados, pero no reclamados: Certificado expedido por medicina legal y ciencias forenses y/o de la Institución Médica en donde se encuentra que certifique tal característica						
d	Atender todos los requerimientos técnicos para el traslado del cuerpo de la persona fallecida, desde el lugar en donde se encuentre, ya sea su vivienda, la morgue municipal o distrital, o un Hospital, hasta cualquiera de los cementerios designados para tal fin, donde será sepultado.						
e	Prestar las diligencias de rigor y los servicios de preparación del cuerpo						
f	El ataúd y/o cofre que se suministre en todos los casos, deberá ser el cotizado como el más económico dentro de los presentados en la propuesta						

g	Realizar todas las diligencias relacionadas con el certificado de defunción y tramites de la licencia para la respectiva sepultura o crematoria, previa autorización de la familia en estado de solemnidad.						
h	Atender las condiciones técnicas de disección del cuerpo de la persona fallecida bajo las condiciones que las normas vigentes fijan para tal fin						
i	Suministrar en calidad de préstamo las instalaciones e implementación de velación; consiste en dos (2) bases para el soporte del ataúd, dos (2) porta cirios y una (1) cruz						
j	Suministrar veinte (20) carteles- murales impresos en papel bond medio pliego en tres tintas con la respectiva información, previamente proporcionada por las familias en solemnidad auxiliada						
k	Suministrar un arreglo floral en flores naturales el cual deberá ser el cotizado como el más económico dentro de los presentados en la propuesta. y una (1) cinta con el respectivo nombre del fallecido						
l	La obligación del Municipio y el objeto de esta contratación se circunscribe exclusivamente al suministro del Ataúd, que deberá contar con las condiciones técnicas que se describen en este mismo estudio, y el traslado tal y como lo hemos señalado en los estudios previos.						

m	Para fallecidos por COVID - 19 se requiere: 1) Enviar un asistente con los elementos de protección personal hasta el lugar del fallecimiento, con el objetivo de reclamar el certificado médico de defunción y solicitar la licencia de inhumación. 2) Enviar carroza fúnebre con conductor y asistente con todos los elementos de bioseguridad, el cual debe tener cabina separada del compartimiento de carga o cúpula de material higiénico, sanitario que permitan su fácil limpieza y desinfección, una plataforma o planchón que permita el fácil desplazamiento del cadáver en el compartimiento de cadáveres y Sistema (Topes), que sujete el cofre y que impida el movimiento durante el traslado. 3) Durante el traslado se debe utilizar ruta más corta para llegar al cementerio y/o lugar de disposición final del cuerpo. 4) Al dejar el cuerpo en el cementerio y/o lugar de disposición final del cuerpo de manera obligatoria e inmediata se debe fumigar el compartimiento de carga o cúpula, con el atomizador de bomba, que contenga amonio cuaternario 1 frasco por galón de agua, o en su defecto alcohol al 70% o Hipoclorito. 5) Todos los elementos de protección personal utilizados en el servicio funerario deben ser desechados en doble bolsa roja y se deberá marcar con cinta de enmascarar color blanco							
n	Cuando el fallecimiento haya sido a causa del COVID – 19, los prestadores del servicio deben utilizar todos los elementos de bioseguridad requeridos en la ficha técnica, cumpliendo con todos los protocolos de bioseguridad pertinentes para el traslado de los cuerpos hasta su disposición fina							
o	Garantizar la óptima calidad de los bienes que se suministren con ocasión a la prestación del servicio solicitado; por tanto, el contratista se obliga a reemplazarlos o cambiarlos sin costo alguno para la entidad, cuando presenten defectos y/o no sean los requeridos o cuando resulten defectuosos por fabricación, previa comunicación que en tal sentido realice el supervisor							
p	El tiempo máximo de respuesta para el servicio a contratar debe ser de 24 horas, contadas a partir de la fecha en que se realice la respectiva solicitud.							

p	Cumplir con el pago de los aportes al sistema general de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales - ARL) durante la vigencia del presente contrato, conforme a lo legalmente exigido (Art. 50 Ley 789 de 2002, Ley 1150 de 2007, y demás disposiciones legales vigentes), entregando copia de la planilla correspondiente al Supervisordel contrato para cada pago						
q	Responder ante las autoridades competentes por los actos u omisiones que ejecute en desarrollo del contrato, cuando con ellos se cause perjuicio al municipio o a terceros, en los términos del artículo 52 de la Ley 80 de 1993						
r	Procurar el cuidado integral de su salud.						
s	Cumplir con las normas y procedimientos en materia de seguridad y salud en el trabajo, establecidos por la entidad						
t	Informar al municipio la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo, enfermedades laborales y toda novedad derivada del contrato						

B1. CONCEPTO GENERAL DEL CUMPLIMIENTO:

B2. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS ACERCA DEL DESEMPEÑO DEL CONTRATISTA:

B3. DECLARACIONES Y PROPUESTAS DEL CONTRATISTA ANTE UN EVENTUAL DESEMPEÑO DEFICIENTE O A MEJORAR DE LAS OBLIGACIONES:

B4. ¿EXISTE PLAN DE MEJORAMIENTO?	**SI**	**NO**
B5. ¿EL CONTRATISTA ENTREGA INFORMES DE EJECUCION Y SOPORTES?	**SI**	**NO**
B6. ¿PROCEDE A PAGO EN ESTE PERIODO?	**SI**	**NO**

C. GARANTIAS

DESCRIPCION DEL AMPARO	No POLIZA	COBERTURA INICIAL		AMPLIACION ANTERIORES	AMPLIACION EN EL PERIODO	FECHA APROB.:
		DESDE	HASTA	HASTA	HASTA	
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

D. RELACION DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

D. RELACION DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR APORTADO
SALUD	FEBRERO	14/03/2024	$ 163,900
PENSION	FEBRERO	14/03/2024	$ 209,800
RIESGOS	FEBRERO	14/03/2024	$ 13,800

E. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

		Ejecucion Financiera	13%
E1. VALOR TOTAL DEL CONTRATO (E2+E3+E4)	**$36,400,000**		
E2. VALOR INCIAL DEL CONTRATO	$36,400,000		
E3. VALOR ADICIONES EN DINERO REALIZADAS EN EL PERIODO EVALUADO			
E4. VALOR ADICIONES EN DINERO REALIZADAS EN ACTAS ANTERIORES	$0		
E5. VALOR ANTICIPO	$0		
E6. VALOR AMORTIZADO MEDIANTE ESTA ACTA			
E7. VALOR AMORTIZADO EN ACTAS ANTERIORES			$0
E8. SALDO POR AMORTIZAR (E5-(E6+E7))			$0
E9. VALOR DE LA PRESENTE ACTA			**$4,760,000**
E10. VALOR TOTAL PAGOS PARCIALES ANTERIORES			$0
E11. VALOR POR EJECUTAR (D+B.3.)			**$31,640,000**
E10. PAGAR AL CONTRATISTA LA SUMA DE (E9-E6)			**$4,760,000**

F. INFORMACION REGISTRO PRESUPUESTAL Y TRIBUTARIA

F1. REGISTRO PRESUPUESTAL INICIAL DEL CONTRATO	No	2024000190	FECHA:	16/02/2024
F2. 2do REGISTRO PRESUPUESTAL DE ADICIONES REALIZADAS	No		FECHA:	
F3. 3er REGISTRO PRESUPUESTAL DE ADICIONES REALIZADAS	No		FECHA:	
F4. 4to REGISTRO PRESUPUESTAL DE ADICIONES REALIZADAS	No		FECHA:	

F5. CUENTA BANCARIA	ENTIDAD	**BANCOLOMBIA CUENTA DE AHORROS**	No	**38593900271**		
F6. RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA	NO RESPONSABLE		RESPONSABLE	x	ESPECIAL	

G. FORMA DE PAGO:

La Alcaldía Municipal de Villeta pagará el valor del contrato, previo el cumplimiento de los requisitos legales, mediante pagos parciales y/o mensuales de conformidad al servicio prestado de tiempo de conformidad al servicio prestado, previa entrega del informe de cumplimiento, factura o cuenta de cobro debidamente diligenciada por el contratista y acreditación que se encuentra al día en el pago de aportes y contribuciones al Sistema Integral de Seguridad Social y cumplimiento de lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y demás normas que lo modifiquen, reglamenten o complementen, para lo cual deberá aportar la certificación de paz y salvo de los pagos parafiscales, expedida por el revisor fiscal y/o el representante legal de la empresa, según corresponda.

FIRMAS:

EN CALIDAD DE:	NOMBRE	FIRMA
CONTRATANTE:	**CESAR AUGUSTO CEBALLOS GIRALDO** ORDENADOR DEL GASTO	
CONTRATISTA:	**OLGA LUCIA PERÉZ MOLINA**	
SUPERVISOR:	**CESAR AUGUSTO CEBALLOS GIRALDO** SECRETARIO ADMINISTRATIVO Y DE GOBIERNO	
INTERVENTOR:	**0** 0	

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
FUSR96
Forma de pago: CONTADO
Fecha: 30/03/2024
Medio de pago: Efectivo
Moneda / TRM: COP / $ 0,00

FUNERARIA SAN REMO SAS
NIT: 901178504-3
CALLE 4 # 4 - 68
VILLETA (CUN) Colombia
TEL: 3212470013
funerariasanremosas@gmail.com
Fecha generación: 09/04/2024 10:42:28
Fecha expedición: 09/04/2024 10:42:29

DATOS PARA FACTURACIÓN
MUNICIPIO DE VILLETA
NIT 899999312-2
CALLE 4 No 5 - 75 BRR CENTRO
VILLETA (CUN), Colombia
TEL: 6018444512
secretariadehacienda@villeta-cundinamarca.gov.co
MUNICIPIO DE VILLETA

CUFE: 58fefc2c49867afa92c5ddbdd4b1b98192b2bac771f25c289c650ca1f87e2588b300b3a1c0f13d550d8e6ec673775745

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANT.	U/M	VR.UNITARIO	IMP.	DCTO.	TOTAL
1	2 SERVICIO FUNERARIO	2	94	$1,100,000		0%	$ 2.200.000,00
2	11 COFRE FUNEBRE DE LUJO	2	94	$800,000		0%	$ 1.600.000,00
3	4 OTROS	1	94	$960,000		0%	$ 960.000,00

Total cantidad : 5
CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL PESOS

SUBTOTAL	$ 4.760.000,00
TOTAL NETO	**$ 4.760.000,00**

FALLECIDO: ANA CRISTINA RODRIGUEZ, OVEIMAR CAMPO

Documento oficial de autorización de numeracion de facturación según resolución número 18764058573253 vigencia de 24/10/2023 al 24/10/2024 rango del 89 al 500 prefijo FUSR. Esta factura se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio.

Proveedor Tecnológico : **ALIADDO SAS NIT:830099008-5** - www.aliaddo.com

FUNERARIA SAN REMO SAS

NIT. 901.178.504-3

CUENTA DE COBRO 001
Según Decreto 522 de 2003

CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No.150 DE 2024

Cliente: ALCALDIA MUNICIPAL DE VILLETA NIT: 899999312-2
Dirección: BCALLE 4 # 5-61 Tel: 844 4746-8444874

Forma de Pago: CONTADO

CANT	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
1	SERVICIO FUNERARIO FALLECIDO: ANA CRISTINA RODRIGUEZ DE GOMEZ TRASLADO BOGOTA-VILLETA COFRE EXTRA	$1.100. 000.oo $ 400. 000.oo $ 800. 000.oo
1	SERVICIO FUNERARIO FALLECIDO: OVEIMAR CAMPO BONILLA COFRE EXTRA TRASLADO SIXTO -HOSPITAL; HOSPITAL SIXTO SIXTO- SALA VELACION -IGLESIA- CEMENTERIO	$1.100. 000.oo $ 800. 000.oo $ 560. 000.oo
	TOTAL	$ 4.760. 000.oo

Son: CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL PESOS MONEDA/CTE. ($4.760. 000.oo)
Villeta de San Miguel, 25 de marzo 2024

ATENTAMENTE,

OLGA LUCIA PEREZ MOLINA
REPRESENTANTE LEGAL

FUNERARIA SAN REMO SAS

NIT. 901.178.504-3

INFORME FALLECIDO MENSUAL

CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS No.150 DE 2024

Cliente: ALCALDIA MUNICIPAL DE VILLETA NIT: 899999312-2
Dirección: CALLE 4 # 5-61 Tel: 844 4746-8444874

FECHA	DESCRIPCION
28/2/2024	SERVICIO FUNERARIO FALLECIDO: ANA CRISTINA RODRIGUEZ DE GOMEZ
19/3/2024	SERVICIO FUNERARIO FALLECIDO: OVEIMAR CAMPO BONILLA

Villeta de San Miguel, 25 marzo de 2024

ATENTAMENTE,

OLGA LUCIA PEREZ MOLINA
REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24027320504483

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento	Municipio
BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Área	Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
No fetal	2024-02-28	10:40:00

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Femenino	Cédula de ciudadanía	21108743

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RODRIGUEZ	DE GOMEZ	ANA	CRISTINA

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO	
	Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1090411077

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Mendoza	Bautista	Paola	Andrea

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	1090411077

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
2024-02-28	Paola Mendoza S

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de Impresión: 2024-02-28 11:31

Código verificación: A4C7-2A73-9018-05D8

Powered by CamScanner

REGISTRADURIA DE C...
IDENTIFICACION PE...
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 21.108.743
RODRIGUEZ De GOMEZ
APELLIDOS
ANA CRISTINA
NOMBRE
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 10-ENE-1941
VILLETA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.41 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
08-OCT-1974 VILLETA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-1532800-00177330-F-0021108743-20090912 0015971352A 1 24474626

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

La salud es de todos | Minsalud

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24034120520972

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: VILLETA

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

Área: Cabecera Municipal

Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)

TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
No fetal	2024-03-19	(Sin establecer)

SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
	Tipo de documento	Número de documento
Masculino	Cédula de ciudadanía	16895502

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CAMPO	BONILLA	OVEIMAR	

PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO	
	Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Natural	Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1020794194

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
VILLANEDA	AGUDELO	DANIELA	

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

Médico

REGISTRO PROFESIONAL

1020794194

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: VILLETA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Año - Mes - Día: 2024-03-19

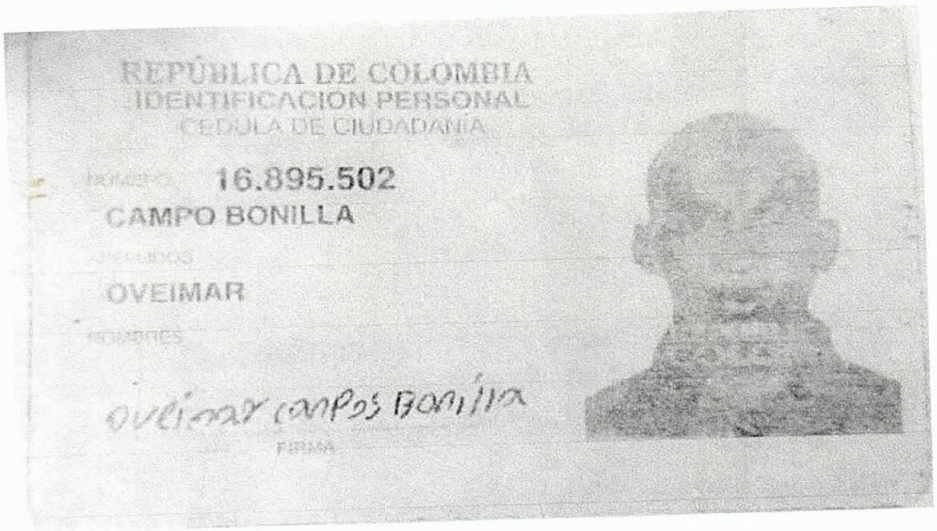
FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

Dra. Daniela Villaneda Agudelo
C.C. 1020.794.194
Médico General

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2024-03-19 11:44

Código verificación: 5F1F-4F42-1AD4-E4D7



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 16.895.502
CAMPO BONILLA

APELLIDOS

OVEIMAR

NOMBRES

Oveimar Campos Bonilla

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-DIC-1980
FLORIDA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-ENE-2002 FLORIDA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1532800-01048680-M-0016895502-20181205 0063442269A 1 40939259

"ASECOMINT" ASESORIAS CONTABLES, TRIBUTARIAS,, OF: calle 6 No 10-05 apto 1 8445059 Y 3103482964 VILLETA CUNDINAMARCA contemosya@gmail.com

EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO INDEPENDIENTE

CERTIFICA

QUE LA ENTIDAD, FUNERARIA SAN REMO SAS, CON NIT : 901.178.504-3, DOMICILIADA EN LA CALLE 4 No. 4 -68, VILLETA, HA EFECTUADO EL PAGO DE LOS EMPLEADOS A SU CARGO DE FORMA PUNTUAL DE LOS APORTES DE PARAFISCALES Y SEGURIDAD SOCIAL. DANDO CUMPLIMIENTO A LO CONTENIDO EN EL ART 50 DE LEY 789 DE 2002 Y ART 23 DE LEY 1150 DE 2007.

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE EN VILLETA DE SAN MIGUEL, A LOS VENTICINCO (25) DIAS DEL MES DE MARZO DEL AÑO 2024, A SOLICITUD DEL REPRESENTANTE LEGAL, PARA LA ALCALDIA MUNICIPAL DE VILLETA CUNDINAMARCA

ATENTAMENTE,

GLORIA ISABEL VARGAS CARDOZO
C.C. 41.707.243 DE BOGOTA C.P.T. MAT 10237-T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No

FF9B192C0AFF3446

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

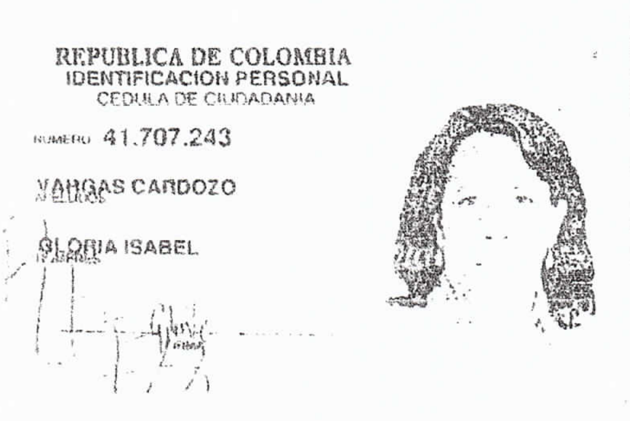
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

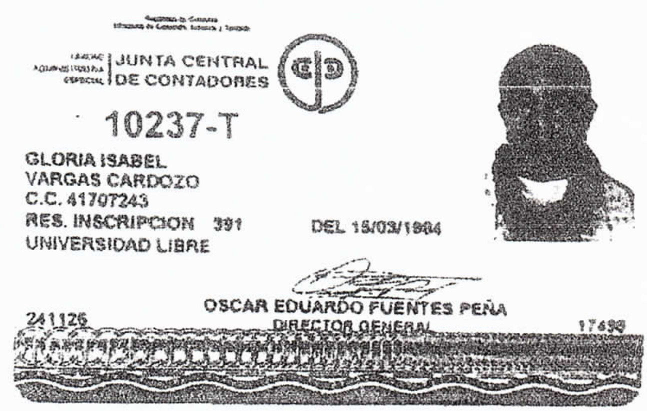
CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **GLORIA ISABEL VARGAS CARDOZO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 41707243 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 10237-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

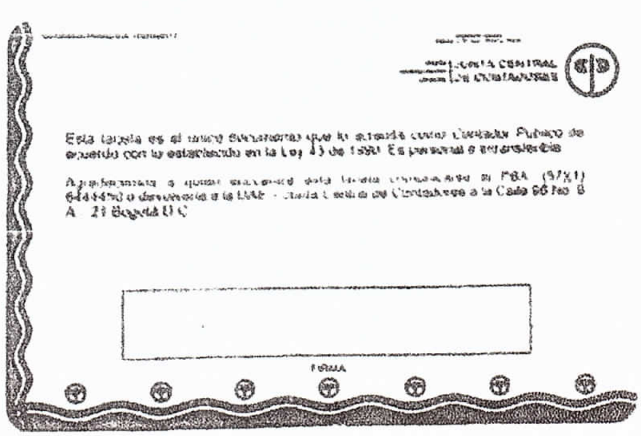
NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **

Dado en BOGOTA a los 13 dias del mes de Mayo de 2020 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 41.707.243
VARGAS CARDOZO
APELLIDOS
GLORIA ISABEL
NOMBRES
FIRMA


JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
10237-T
GLORIA ISABEL
VARGAS CARDOZO
C.C. 41707243
RES. INSCRIPCION 391 DEL 15/03/1984
UNIVERSIDAD LIBRE
OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA
DIRECTOR GENERAL
241126 17490


FECHA DE NACIMIENTO 19-MAY-1956
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-FEB-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
A-1532800-00152046-F-0041707243-20070220 01952 07050&02 180740565


JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.
FIRMA

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901178504
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FUNERARIA SAN REMO SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:		VILLETA DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:		CALLE 4 NO 4-68 TELÉFONO:	8444901
TIPO APORTANTE:		01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:		PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Pompas fúnebres y actividades
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**1742036463**	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		10			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/03/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998031437

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 209.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 209.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 163.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 163.900**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860007336	CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 52.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 52.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 13.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 13.800**
OTROS PARAFISCALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
899999034	PASENA	PASENA-SENA	1	$ 26.300
899999239	PAICBF	PAICBF-ICBF	1	$ 39.400
		SUBTOTAL:		**$ 65.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 501.100**
VALOR MORA:	**$ 4.600**
TOTAL PAGADO:	**$ 505.700**

2024/03/14 12:25 PM USUARIO: SOI -