2024 -04 -18 **691,200.00**

BEJARANO PINEDA MARIA DEL CARMEN

SEISCIENTOS NOVENTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE

# MUNICIPIO DE SOACHA

CALLE 13 7-30
NIT. 800094755-7
SOACHA

**COMPROBANTE DE EGRESO Nº** **2340**

**Beneficiario:** BEJARANO PINEDA MARIA DEL CARMEN
**Concepto :** ACTA PARCIAL # 1 DEL 22 AL 31 DE MARZO 2024 CONTRATO 615/2024 - PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE LAS ACCIONES DE LA DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE SOACHA -4. BMP2023257540110.
**Valor Egreso:** 691,200.00 **Orden:** 1854
**Banco:** BANCO BANCOLOMBIA **Cuenta Nº :** 22113580074

**CUENTAS CONTABLES**

| COD. CUENTA | CONCEPTO | DEBITOS | CREDITOS |
|---|---|---|---|
| 1110060106 | Col.Fdo.Loc.Sal.8007-4 | 0.00 | 691,200.00 |
| 249055 | Servicios | 691,200.00 | 0.00 |
| | **TOTALES** | **691,200.00** | **691,200.00** |

**DISTRIBUCION PRESUPUESTAL**

| RUBRO | NOMBRE |
|---|---|
| 0111 - 2.3.19.05.021.110.2.3.2.02.02.009.91122. | SALUD PUBLICA COLECTIVA, SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, GES |

**DETALLE DE LIQUIDACION DE ORDEN No.1854**

| Descripción | % | Valor Base | | Valor |
|---|---|---|---|---|
| **Descuentos y otros recargos** | | | | |
| RETENCION ICA 10 X MIL | -1,00 | 720,000.00 | | -7.200,00 |
| Adulto Mayor | -3,00 | 720,000.00 | | -21.600,00 |
| | | | **-$** | **28,800.00** |
| | | **VALOR NETO** | **$** | **691.200,00** |

**JUAN DAVID BARBOSA URIBE**
DIRECTOR DE TESORERIA

# MUNICIPIO DE SOACHA

NIT. 800094755-7

**ORDEN DE PAGO**

**Vigencia Fiscal 2024** **Orden de Pago No. 1854**

**Lugar y Fecha:** SOACHA 17-abr.-2024
**Tipo de Orden:** TECNICOS OPS
**Pagado a:** BEJARANO PINEDA MARIA DEL CARMEN **Nit/C.C. :** 1073678961 1 Persona Natural
**Documento_:** Contrato 615

**Facturas:**

**Concepto:** ACTA PARCIAL # 1 DEL 22 AL 31 DE MARZO 2024 CONTRATO 615/2024 - PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE LAS ACCIONES DE LA DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE SOACHA -4. BMP2023257540110.

**Programa:**

Registro Presupuestal: **1163** Vigencia Registro: **2024** Contrato : 615

**Detalle Orden**

| Imputación Presupuestal | Valor |
|---|---|
| 0111 - 2.3.19.05.021.110.2.3.2.02.02.009. 91122.19.02.25 - 50 | 720.000,00 |
| | $ 720.000,00 |

**Detalle Liquidación**

| Descripción | % | V. Base | Valor |
|---|---|---|---|
| **Descuentos y otros recargos** | | | |
| RETENCION ICA 10 X MIL | -1,000 | 720,000.00 | -7.200,00 |
| Adulto Mayor | -3,000 | 720,000.00 | -21.600,00 |
| | | | $-28.800,00 |

**$ 691.200,00**

*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.*

*JOHANNA CAROLINA TAVERA RUIZ*
*SECRETARIA DE HACIENDA*

**Afectación Contable**

| Cuenta | Débito | Crédito | Descripción |
|---|---|---|---|
| 24362705 | 0.00 | 7.200.00 | RETENCION ICA 10 X MIL |
| 249055 | 0.00 | 691.200.00 | Servicios |
| 24909009 | 0.00 | 21.600.00 | Fondo Adulto mayor |
| 55020502 | 720.000.00 | 0.00 | Servicios tecnicos OPS |
| | 720.000,00 | 720.000,00 | |

**SOL YALILE VASQUEZ PARRA**
CONTADORA MUNICIPAL (C)

Tava
17 Abr 24

2340

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

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

**Nombre del pago:** SAL022A
**Secuencia:** B
**Número de cuenta a debitar:** 22113580074

**Fecha:** 23-04-2024 **Hora:** 08:16:44
**Fecha de Generación:** 23-04-2024

**Fecha de envío del pago:** 18-04-2024
**Fecha para Procesar el pago:** 18-04-2024

**Impreso por:** Nrodriguez1

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Total Registros del Lote:** 4 | **Registros Procesados:** 4 | **Registros Rechazados:** 0 | **Registros Pendientes:** 0 |
| **Valor Total del Pago:** $7,808,000.00 | **Valor Registros Procesados:** $7,808,000.00 | **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00000477900116781 | Ahorros | 1013589159 | DIANA MARCELA VALE | 3,072,000.00 | BANCO DAVIVIENDA | ABONADO EN ENTIDAD DE ACH | 18-04-2024 |
| 00000024083606346 | Ahorros | 1073699317 | ANGIE KATHERINE PR | 3,200,000.00 | BANCO CAJA SOCIAL | ABONADO EN ENTIDAD DE ACH | 18-04-2024 |
| 00000000272170671 | Ahorros | 1073678961 | MARIA DEL CARMEN B | 691,200.00 | BANCO DE BOGOTA | ABONADO EN ENTIDAD DE ACH | 18-04-2024 |
| 00000006832002044 | Ahorros | 1030684114 | DENNIS CAMILA RIAN | 844,800.00 | SCOTIABANK COLPATRIA S.A | ABONADO EN ENTIDAD DE ACH | 18-04-2024 |

Folios N°-13

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

**ESPACIO PARA SELLOS**

| RADICACION | CENTRAL DE CUENTAS |
|---|---|
| ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA SECRETARIA DE HACIENDA RECIBIDO RADICACIÓN 1713 135687 | 1854 |

**1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO**

| | |
|---|---|
| NUMERO DE CONTRATO | 615 |

**OBJETO**

PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÒN DE LAS ACCIONES DE LA DIMENSION SEXUALIDAD,DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA DIRECCION DE SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA-4

| | |
|---|---|
| FECHA DE CONTRATO | 20 de marzo de 2024 |
| PLAZO DE EJECUCION | ( 4) mes sin que supere el 31 de diciembre de 2024 |
| FECHA DE INICIO | 22 de marzo 2024 |
| FECHA DE FINALIZACION | 21 de julio 2024 |
| PRORROGAS EN TIEMPO | |
| SUSPENSIONES EN TIEMPO | |

**CONTRATISTA**

MARIA DEL CARMEN BEJARANO PINEDA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| C.C. | X | NIT | | 1073678961 |
| ACTIVIDAD ECONOMICA CIIU | | | | 8692 |
| REGIMEN DE VENTAS | | | | NO RESPONSABLE DE IVA |

**SUPERVISOR**

NUBIA MARGOT HERRERA URREA

| | |
|---|---|
| CARGO | Auxiliar area de salud |
| DEPENDENCIA | Secretaria de Salud |
| CORREO | NHERRERA@ALCALDIASOACHA.GOV.CO |

**2. INFORMCION PARA TRAMITE DE PAGO**

**IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO UNICO | | | |
| ACTA PARCIAL | X | N°. | 1 |
| ANTICIPIO | | % | |
| PAGO ANTICIPADO | | % | |

| | |
|---|---|
| PERIODO | 22 AL 31 DE MARZO DEL 2024 |
| VALOR DEL PAGO | 720.000,00 |

**VALOR DEL PAGO EN LETRAS**

SETECIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE

| | |
|---|---|
| N° FACTURA | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CUENTA BANCARIA | 272170671 | | |
| BANCO | BANCO DE BOGOTA | TIPO | AHORROS |

**PAC**

| | |
|---|---|
| ENERO | |
| FEBRERO | |
| MARZO | |
| ABRIL | 720.000,00 |
| MAYO | 2.400.000,00 |
| JUNIO | 2.400.000,00 |
| JULIO | 2.400.000,00 |
| AGOSTO | 1.680.000,00 |
| SEPTIEMBRE | |
| OCTUBRE | |
| NOVIEMBRE | |
| DICIEMBRE | |
| REZAGO | |
| **TOTAL** | **9.600.000,00** |

FIRMA CONTRATISTA

FIRMA SUPERVISOR

**ESPACIO EXCLUSIVO SECRETARÍA DE HACIENDA**

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

Vo. Bo. CENTRAL DE CUENTAS

REVISADO FINANCIERA SALUD

| | 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 | 615 |
|---|---|

**OBJETO**

PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÒN DE LAS ACCIONES DE LA DIMENSION SEXUALIDAD,DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA DIRECCION DE SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA-4

**IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO UNICO | | | |
| ACTA PARCIAL | X | N°. | 1 |
| ANTICIPIO | 0 | % | 0 |
| PAGO ANTICIPADO | 0 | % | 0 |

## 3. IMPUTACION PRESUPUESTAL

**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP )**

| NUMERO | 1227 | FECHA | 06 de marzo de 2024 |
|---|---|---|---|

| RUBRO | VALOR |
|---|---|
| 0111-2.3.19.05.021.110.2.3.2.02.02.009.91122.19.02.25-50 | 14.400.000 |

**REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO (RPC)**

| NUMERO | 1163 | FECHA | 22 de marzo de 2024 |
|---|---|---|---|

| RUBRO | VALOR |
|---|---|
| 0111-2.3.19.05.021.110.2.3.2.02.02.009.91122.19.02.25-50 | 9.600.000 |

**CDP**

| NUMERO | | FECHA | |
|---|---|---|---|

| RUBRO | VALOR |
|---|---|
| | |

**CRP**

| NUMERO | | FECHA | |
|---|---|---|---|

| RUBRO | VALOR |
|---|---|
| | |

**CDP**

| NUMERO | | FECHA | |
|---|---|---|---|

| RUBRO | VALOR |
|---|---|
| | |

**CRP**

| NUMERO | | FECHA | |
|---|---|---|---|

| RUBRO | VALOR |
|---|---|
| | |

## 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 | $ 720.000 | | 720.000 |
| ACTA PARCIAL 2 | | | - |
| ACTA PARCIAL 3 | | | - |
| ACTA PARCIAL 4 | | | |
| ACTA PARCIAL 5 | | | - |
| ACTA PARCIAL 6 | | | - |
| ACTA PARCIAL 7 | | | - |
| ACTA PARCIAL 8 | | | - |
| ACTA PARCIAL 9 | | | - |
| ACTA PARCIAL 10 | | | - |
| ACTA PARCIAL 11 | | | - |
| ACTA PARCIAL 12 | | | - |
| TOTAL | 720.000 | - | 720.000 |

**ESTADO DE EJECUCION FINANCIERA**

| | |
|---|---|
| TOTAL GIROS | 720.000 |
| AMORTIZACIONES | - |
| EJECUCION | 720.000 |
| POR AMORTIZAR | |
| POR EJECUTAR | 8.880.000 |

**OBSERVACIONES**

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

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** | 615 |
| **OBJETO** | |
| PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE LAS ACCIONES DE LA DIMENSION SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA DIRECCION DE SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA-4 | |

**IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PAGO UNICO** | 0 | | |
| **ACTA PARCIAL** | X | N°. | 1 |
| **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** | NUEVA EPS |
| **PERIODO** | MARZO_2024 |
| **PLANILLA** | 1062938159 |
| **I.B.C.** | 1.300.000,00 |
| **APORTE** | 162.500,00 |

| **PENSION** | |
|---|---|
| **ENTIDAD** | PROTECCION |
| **PERIODO** | MARZO_2024 |
| **PLANILLA** | 1062938159 |
| **I.B.C.** | 1.300.000,00 |
| **APORTE** | 208.000,00 |

| **ARL** | |
|---|---|
| **ENTIDAD** | SEGUROS COLPATRIA |
| **PERIODO** | MARZO_2024 |
| **PLANILLA** | 1062938159 |
| **I.B.C.** | 1.300.000,00 |
| **APORTE** | 31.700,00 |

| | | |
|---|---|---|
| **CONTRATISTA** | MARIA DEL CARMEN BEJARANO PINEDA | |
| **C.C. O NIT** | 1073678961 | |
| **E-MAIL** | bejaranocamila380@gmail.com | |
| **TELEFONO** | 3124152082 | **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** | NUBIA MARGOT HERRERA URREA | |
| **CARGO** | Auxiliar area de salud | |
| **DEPENDENCIA** | SECRETARÍA DE SALUD | |
| **E-MAIL** | NHERRERA@ALCALDIASOACHA.GOV.CO | |
| **TELEFONO** | | **FIRMA** |

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-04-12, 12:57:51 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1062938159

**Periodo Cotización:** marzo de 2024 **Periodo Servicio:** marzo de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810482053

**PAGADO 11/04/2024**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MARIA DEL CARMEN BEJARANO | | |
| **Documento** | CC1073678961 | **Dirección** | CARRERA 15 12 59 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3204995733 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARL** | 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 | VSP | Días APF | Días IRP | 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 Ministerio | Total |
| CC 1073678961 | MARIA DEL CARMEN BEJARANO PINEDA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230501) PROTECCION | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS037) NUEVA EPS S.A. | $ 1.300.000 | $ 162.500 | 2,436 | $ 1.300.000 | $ 31.700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 402.200 |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 208.000 | $ 162.500 | $ 31.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 402.200 | $ 0 | $ 402.200 |



Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - 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.

| Alcaldía Municipal de Soacha | 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 INTERVENTORÍA.

| Fecha de Expedicion | | Supervisor o Interventor | Telefono o Ext. |
|---|---|---|---|
| MM | AA | NUBIA MARGOT HERRERA URREA<br>Auxiliar area de salud | 7308060 |

## II. INFORMACION CONTRACTUAL.

| Nombre o Razon social del contratista. | CC. / Nit |
|---|---|
| MARIA DEL CARMEN BEJARANO PINEDA | 1.073.678.961 |

**TIPO DE CONTRATO: Prestacion de Servicios**

| Contrato | O.P.S | Convenio | Fecha | No. |
|---|---|---|---|---|
| | X | | 20/03/2024 | 615 |

| Fecha de Inicio | 22/03/2024 | Plazo de ejecucion | Cuatro (4) meses |
|---|---|---|---|

**OBJETO CONTRACTUAL**

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE LAS ACCIONES DE LA DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE SOACHA-4

## III. PERIODO CERTIFICADO

| Desde: DD/MM/AA | Hasta: DD/MM/AA | Acta |
|---|---|---|
| 22/03/2024 | 31/03/2024 | 1 |

## IV. CUMPLIMIENTO SEGÚN CONTRATO.

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO | PRODUCTOS PRESENTADOS |
|---|---|---|
| 1.Desarrollar y entregar en las investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) de los eventos notificados al sistema de vigilancia epidemiológica(SIVIGILA)cumpliendo con los tiempos y directrices técnicas establecidos por los protocolos del instituto nacional de salud, asignadas por el referente según semanas epidemiológicas. | Se realizo 15 intervenciones de campo IEC de los eventos notificados por sivigila para la dimension de salud sexual durante el periodo del 22 al 31de marzo del 2024 las cuales se clasifican de la siguiente manera(15_ 549 MORBILIDAD MATERNA EXTREMA)<br>549_46453287,549_1000354011,549_1013641569,549_1023943806,549_1024591510,549_1030529471,549_1030601675,549_1032249781,549_1069768124,549_1072493945,549_1120560271,549_1121707325,549_ver6424937,549_VEN18891815 | soporte en medio magnetico,en google drive escaner de los seguimientos en PDF de IEC del mes de Marzo del 2024( soportes originales en la carpeta de archivo de la dimension DSDSR) |
| 2.apoyar el cargue de las investigaciones epidemiológicas de campo(IEC)para envió al departamento cumpliendo los tiempos establecidos por los protocolos del Instituto Nacional de Salud. | Se realizo capacitacion sobre el cargue de documentos en los diferentes sistemas de informacion y la realizacion de la organización del archivo mensual | soporte en medio magnetico ,se anexa acta de la capacitacion del mes de marzo del 2024 soporte original en la carpeta del contrato 615/2024 |
| 3.Apoyar la custodia de las visitas diarias de prioridad en carpetas correspondientes al evento. | se realizo junto con el equipo de trabajo la custodia y organización del archivo por cada evento de IEC del mes de marzo del 2024 de DSRSR | soporte en medio magnetico ,se anexa acta meci de custodia de archivo DSDSR del mes de marzo del 2024 soporte original en la carpeta del contrato 615/2024 |
| 4.Realizar de manera mensual mínimo 5 búsqueda activa comunitaria(BAC) de los eventos en salud sexual y reproductiva de acuerdo con los lineamientos estipulados por el área de SSR. | Se realizo capacitacion con la supervisora ,sobre la identificacion y realizacion de busquedas activas comunitarias BAC de los eventos de salud sexual y reproductiva deacuerdo a los alineamientos estipulados por el area de SSR | Soporte En medio magnetico ,se anexa acta de la capacitacion sobre BAC del mes de marzo de 2024 soporte original en medio de contrato 615/2024 |
| 5. Reporte de la población captada en BAC u otras fuentes de información que se encuentren sin aseguramiento y/o con barreras de acceso al SGSSS a la referente de la dimensión. | se realizo capacitacion con la supervisora , sobre la identificacion y realizacion de busquedas activas comunitarias BAC que se encontraran sin aseguramiento y/o con barreras de acceso SGSSS | Soporte En medio magnetico ,se anexa acta de la capacitacion sobre BAC Y barreras de acceso al SGSS del mes de marzo de 2024 soporte original en carpeta de contrato 615/2024 |
| 6. Apoyar el desarrollo de las jornadas de salud nacionales, departamentales, municipales y monitoreo según la directriz de la dirección de salud pública. | Durante el periodo comprendido del 21 al 31 de marzo no se realizan monitoreos | Soporte En medio magnetico ,se anexa acta del mes de marzo de 2024 soporte original en carpeta de contrato 615/2024 |
| 7.Realizar seguimiento mensual a usuarias notificadas con sífilis gestacional, hasta tres meses después del parto y sífilis congénita hasta los tres meses de nacido, notificando barreras de acceso a tratamiento y a servicios de salud al referente de la dimensión | se asistio a capacitacion sobre reconocimiento de formato, clasificacion sobre sifilis congenita gestacional ,y la correcta aplicación de los formatos de seguimientos IEC | Soporte En medio magnetico ,se anexa acta de la capacitacion mes de marzo de 2024 soporte original en carpeta de contrato 615/2024 |
| 8.Acatar las obligaciones generales dispuestas en los estudios previos y contrato. | Se acatan obligaciones dispuestos en el contrato 615 del 2024 y las asignadas por la supervision | soporte medio magnetico , informe de actividades e informe de supervision |

NUBIA MARGOT HERRERA URREA
FIRMA DEL SUPERVISOR

MARIA DEL CARMEN BEJARANO PINEDA
FIRMA DEL CONTRATISTA

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 | NUBIA MARGOT HERRERA URREA<br>Auxiliar area de salud | 7306060 |

**II. INFORMACION DE APOYO A LASUPERVISION**

| | | |
|---|---|---|
| Nombre: | | 7306060 |
| Cargo: | | |

**III. INFORMACION CONTRACTUAL.**

| Nombre o Razon social del contratista. | CC. / Nit |
|---|---|
| MARIA DEL CARMEN BEJARANO PINEDA | 1.073.678.961 |

**IV. TIPO DE CONTRATO:**

| Contrato O.P.S. Convenio | Fecha: | Contrato No. |
|---|---|---|
| X | 20/03/2024 | 615 |
| **FECHA INICIO:** | **Plazo inicial** | **Adición No 1** |
| 22/03/2024 | Cuatro (4) meses, sin que supere el 31 de Diciembre de 2023. | |

**OBJETO**

PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE LAS ACCIONES DE LA DIMENSION SEXUALIDAD,DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA DIRECCION DE SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA-4

**V. PERIODO CERTIFICADO**

| Desde: DD/MM/AA | Hasta: DD/MM/AA | Informe No. |
|---|---|---|
| 22/03/2024 | 31/03/2024 | 1 |

## VI. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | VERIFICACIÓN |
|---|---|
| 1.Desarrollar y entregar en las investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) de los eventos notificados al sistema de vigilancia epidemiológica(SIVIGILA)cumpliendo con los tiempos y directrices técnicas establecidos por los protocolos del instituto nacional de salud, asignadas por el referente según semanas epidemiológicas. | soporte en medio magnetico,en google drive escaner de los seguimientos en PDF de IEC del mes de Marzo del 2024( soportes originales en la carpeta de archivo de la dimension DSDSR) |
| 2.apoyar el cargue de las investigaciones epidemiológicas de campo(IEC)para envió al departamento cumpliendo los tiempos establecidos por los protocolos del Instituto Nacional de Salud. | soporte en medio magnetico ,se anexa acta de la capacitacion del mes de marzo del 2024 soporte original en la carpeta del contrato 615/2024 |
| 3.Apoyar la custodia de las visitas diarias de prioridad en carpetas correspondientes al evento. | sopore en medio magnetco ,se anexa acta meci de custodia de archivo DSDSR del mes de marzo del 2024 soporte original en la carpeta del contrato 615/2024 |
| 4.Realizar de manera mensual mínimo 5 búsqueda activa comunitaria(BAC) de los eventos en salud sexual y reproductiva de acuerdo con los lineamientos estipulados por el área de SSR. | Soporte En medio magnetico ,se anexa acta de la capacitacion sobre BAC del mes de marzo de 2024 soporte original en medio de contrato 615/2024 |
| 5. Reporte de la población captada en BAC u otras fuentes de información que se encuentren sin aseguramiento y/o con barreras de acceso al SGSSS a la referente de la dimensión. | Soporte En medio magnetico ,se anexa acta de la capacitacion sobre BAC Y barreras de acceso al SGSS del mes de marzo de 2024 soporte original en carpeta de contrato |
| 6. Apoyar el desarrollo de las jornadas de salud nacionales, departamentales, municipales y monitoreo según la directriz de la dirección de salud pública. | Soporte En medio magnetico ,se anexa acta del mes de marzo de 2024 soporte original en carpeta de contrato 615/2024 |
| 7.Realizar seguimiento mensual a usuarias notificadas con sífilis gestacional, hasta tres meses después del parto y sífilis congénita hasta los tres meses de nacido, notificando barreras de acceso a tratamiento y a servicios de salud al referente de la dimensión | Soporte En medio magnetico ,se anexa acta de la capacitacion mes de marzo de 2024 soporte original en carpeta de contrato 615/2024 |
| 8.Acatar las obligaciones generales dispuestas en los estudios previos y contrato. | soporte medio magnetico , informe de actividades e informe de supervision |

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.

NUBIA MARGOT HERRERA URREA
Cargo del supervisor

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Alcaldía Municipal de Soacha | ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA | CODIGO | GF-05-F04 | |
| | | VERSION | 2 | |
| | | FECHA DE APROBACION | | |
| | FORMATO DE CERTIFICACIÓN PARA LA RETENCION 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, **MARIA DEL CARMEN BEJARANO PINEDA** identificado con Cédula de Ciudadanía No. C.C. **1.073.678.961** 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 desde el 22/03/2024 hasta el 31/03/2024

| ENTIDAD | No. CONTRATO | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN | VALOR DEL CONTRATO | INGRESO MENSUAL |
|---|---|---|---|---|---|
| Alcaldia Municipal de Soacha | 615 | 22-mar.-24 | 21-jul.-24 | 9.600.000 | 720.000 |
| | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|
| DIEGO FERNANDO FERIA BEJARANO | 14 | HIJO | $ 500.000 |
| DUVAN SANTIAGO FERIA BEJARANO | 13 | HIJO | $ 500.000 |
| NATALIA ANDREA FERIA BEJARANO | 18 | HIJA | $ 500.000 |
| | | | |

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

**MARIA DEL CARMEN BEJARANO PINEDA**
FIRMA DEL CONTRATISTA

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14985903794

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 7 3 6 7 8 9 6 1 | 1 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 7 3 6 7 8 9 6 1 | 2 0 0 7 0 1 0 9 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Soacha 7 5 4 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BEJARANO | PINEDA | MARIA | DEL CARMEN |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL 38 31 118

42. Correo electrónico bejaranocamila380@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 2 4 1 5 2 0 8 2 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios 0 61. Fecha 2024 - 02 - 27 / 09 : 09 51

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada

984. Nombre BEJARANO PINEDA MARIA DEL CARMEN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF 27-02-2024 09:09 58AM

Banco de Bogotá

Nit. 860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

**REFERENCIA BANCARIA**

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MARIA DEL CARMEN BEJARANO PINEDA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.073.678.961 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 272170671, abierta/o desde el 30/7/2014, con saldo a la fecha de: $ 249

Se expide en Bogotá el día 9 del mes de Marzo del año 2024 con destino a: Secretaría de salud

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

AXA COLPATRIA

**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.**
**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**Nit. 860.002.183 – 9**

**CERTIFICA**

Que el personal relacionado a continuación pertenece a la empresa ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA como trabajador independiente con número de afiliación 161846 y con número de NIT 800,094,755, está afiliado a LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE AXA COLPATRIA para el cubrimiento de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad laboral, según se describe a continuación:

| Nombre | T. I | Número de Identificacion | Fecha de inicio cobertura | Fecha deTerminacion del Contrato |
|---|---|---|---|---|
| MARIA DEL CARMEN BEJARANO PINEDA | C.C. | 1,073,678,961 | 13/03/2024 | 22/07/2024 |

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

**La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el lunes 01 de abril de 2024 a las 12:33:31 p.m.**

**Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN: | SUCURSAL: | COD. SUC: | NO. PÓLIZA: | ANEXO: |
|---|---|---|---|---|
| BOGOTA, D.C. | ANTIGUO COUNTRY | 21 | 21-46-101089605 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN: | | | VIGENCIA DESDE: | | | A LAS: | VIGENCIA HASTA: | | | A LAS: | TIPO MOVIMIENTO: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA: | MES: | AÑO: | DIA: | MES: | AÑO: | HORAS: | DIA: | MES: | AÑO: | HORAS: | |
| 21 | 03 | 2024 | 18 | 03 | 2024 | 00:00 | 28 | 01 | 2025 | 23:59 | EMISIÓN ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL: | BEJARANO PINEDA MARIA DEL CARMEN | | IDENTIFICACION: | C.C. :1,073,678,961 |
|---|---|---|---|---|
| DIRECCION: | CALLE 38 NO 31 118 | CIUDAD: SOACHA - CUNDINAMARCA | TELÉFONO: | 3124152082 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO/BENEFICIARIO: | MUNICIPIO DE SOACHA | | IDENTIFICACIÓN: | N.I.T. :800,094,755-7 |
|---|---|---|---|---|
| DIRECCION: | CL 13 NRO. 7 - 30 | CIUDAD: SOACHA - CUNDINAMARCA | TELÉFONO: | 6017305500 |
| ADICIONAL: | | | | |

### OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. 0615-2024 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE LAS ACCIONES DE LA DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE SOACHA - 4

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | VIGENCIA DESDE: | VIGENCIA HASTA: | SUMA ASEG/ACTUAL: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 18/03/2024 | 28/01/2025 | $ 960,000.00 |

ACLARACIONES:

| VALOR PRIMA NETA: | GASTOS EXPEDICIÓN: | IVA: | TOTAL A PAGAR: | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO: |
|---|---|---|---|---|---|
| $ 20,000.00 | $ 8,000.00 | $ 5,320.00 | $ 33,320.00 | $ 960,000.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | CLAVE: | % PART. | NOMBRE COMPAÑIA: | % PART: | VALOR ASEGURADO: |
| DELIMA GRUPO EMPRESARIAL | 93093 | 100,00 | | | |

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 83 NO 19-10 - TELÉFONO: 4590601 - BOGOTA, D.C.

21-46-101089605
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977
601-6019330

DLF093093A

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| Alcaldía Municipal de Soacha | ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA | Código: GJ-FR-028 |
|---|---|---|
| | ACTA DE INICIO | Versión: 03 |
| | | Fecha: 31/07/2023 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONTRATO No: | 0615 del 20 de marzo del 2024 | | |
| TIPO DE CONTRATO: | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION | | |
| OBJETO: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE LAS ACCIONES DE LA DIMENSIÓN SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PUBLICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE SOACHA - 4 | | |
| VALOR: | NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS ($9'600.000) | | |
| CONTRATISTA: | MARIA DEL CARMEN BEJARANO PINEDA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1073678961 de Soacha | | |
| PLAZO: | CUATRO (4) MESES SIN QUE SUPERE 31 DE DICIEMBRE DE 2024 | | |
| CDP No: | 1227 del 06 de marzo de 2024 | CRP: | 1103 del 22 de marzo de 2024 |
| PÓLIZA No: | 21-46-101089605 | FECHA: | 22 de marzo del 2024 |
| FECHA DE APROBACION DE POLIZA EN SECOP II: | | | 22 de marzo del 2024 |

Los suscritos mediante el presente documento, dejan constancia del inicio real y efectivo del contrato anteriormente citado, previo cumplimiento de los requisitos de legalización.

En consecuencia, se procede a la iniciación del contrato el día **veintidós (22) de marzo de 2024**, el cual debe concluir el día **veintiuno (21) de julio de 2024**, sin que supere el 31 de diciembre de 2024.

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, en Soacha - Cundinamarca el día veintidós (22) de marzo de 2024.

NUBIA MARGOT HERRERA URREA
AUXILIAR AREA SALUD
**SUPERVISORA**

MARÍA DEL CARMEN BEJARANO PINEDA
C.C. No. 1073678961 de Soacha
**CONTRATISTA.**

REVISÓ: NUBIA ALEJANDRA SORDO - PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA - CPS 0615

Original: MUNICIPIO

Copias: Contratista, Supervisor del Contrato

Nota:

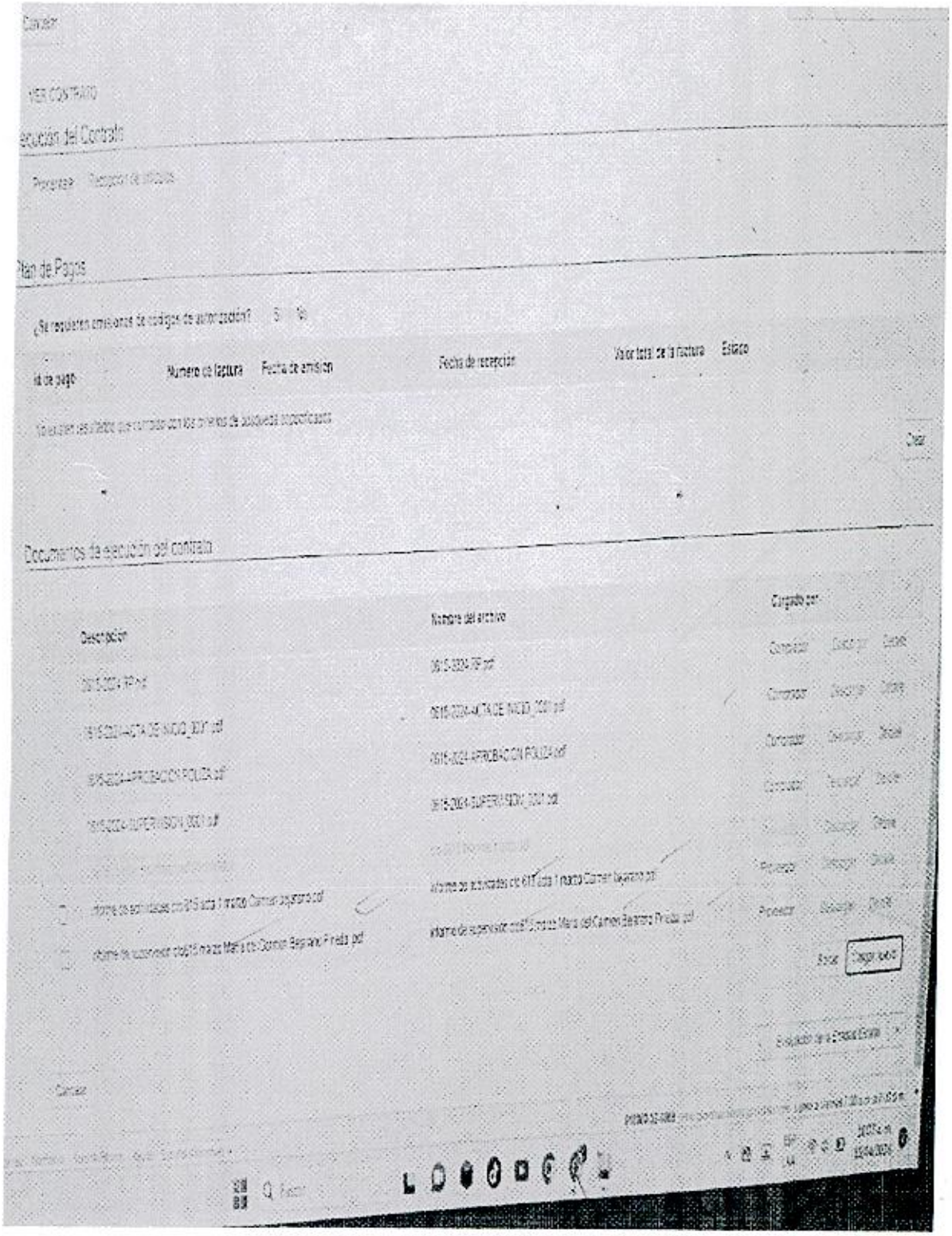
Para la suscripción del acta de inicio será necesario verificar el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- El contrato debe encontrarse perfeccionado (verificar en el contrato los requisitos de perfeccionamiento en la cláusula correspondiente)
- La garantía única debe encontrarse aprobada por el MUNICIPIO.
- Previo a la suscripción del acta de inicio de los contratos, revisar en los casos que aplique, para su revisión y aprobación las hojas de vida de equipo de trabajo presentado por el Contratista, diferente a que fue objeto de evaluación por parte del MUNICIPIO en desarrollo del proceso de selección. Para el efecto deberá revisar la formación académica y las certificaciones de experiencia general y específica de conformidad con los criterios y metodología establecida en las reglas de participación que dieron origen al contrato y suscribir el Acta de Aprobación de Personal para la Ejecución del Contrato, formato que deberá estar anexo al Acta de Inicio.

Anexos (según aplique):

- La acreditación por EL INTERVENTOR de que todo el personal necesario para el inicio de la ejecución del contrato se encuentra afiliado a los Sistemas de Seguridad Social en salud, pensiones y riesgos laborales, incluso los trabajadores independientes y que los pagos de las cotizaciones respectivas se encuentran al día.
- La comprobación por el contratista ante EL MUNICIPIO de que todo el personal necesario para el inicio de la ejecución del contrato se encuentra afiliado a los Sistemas de Seguridad Social en salud, pensiones y riesgos laborales, incluso los trabajadores independientes y que los pagos de las cotizaciones respectivas se encuentran al día.
- Para acreditar la calidad de supervisor, se deberá anexar la comunicación de designación correspondiente o copia del contrato, según sea el caso.

Powered by CamScanner


Cancelar
VER CONTRATO
ecución del Contrato
Progreso
Plan de Pagos
¿Se requieren amparos de códigos de autorización?
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
Cancelar