2024 -05 -10 **2,796,800.00**

CASTILLO RODRIGUEZ DIANA MILENA

DOS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE

MUNICIPIO DE SOACHA

CALLE 13 7-30
NIT. 800094755-7
SOACHA

COMPROBANTE DE EGRESO N° **3178**

Beneficiario: CASTILLO RODRIGUEZ DIANA MILENA
Concepto : ACTA PARCIAL #1 DEL 16 AL 30 DE ABRIL DE 2024 CONTRATO 964/2024 - PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO A LOS PROGRAMAS Y PROYECTOS DE LA DIRECCION DE ASEGURAMIENTO, PROMOCION A LA AFILIACION, CARACTERIZACION DE POBLACION, CONTRIBUCION SOLIDARIA Y A LA EVASION Y ELUSION
Valor Egreso: 2,796,800.00 **Orden:** 2732
Banco: BANCO BANCOLOMBIA **Cuenta N° :** 22133464542

CUENTAS CONTABLES

COD. CUENTA	CONCEPTO	DEBITOS	CREDITOS
1110060135	Col. Otros Gastos en Salud 6454-2	0.00	2.796.800.00
249054	Honorarios	2,796,800.00	0.00
	TOTALES	**2,796,800.00**	**2,796,800.00**

DISTRIBUCION PRESUPUESTAL

RUBRO	NOMBRE
0111 - 2.1.2.02.02.008.83990 - 32.2	Otros servicios profesionales, técnicos y empresariales n.c.p.

DETALLE DE LIQUIDACION DE ORDEN No.2732

Descripción	%	Valor Base		Valor
Descuentos y otros recargos				
RETENCION ICA 10 X MIL	-1,00	2,913,333.00		-29.133,00
Adulto Mayor	-3,00	2,913,333.00		-87.400,00
			-$	**116,533.00**
		VALOR NETO	**$**	**2.796.800,00**

JUAN DAVID BARBOSA URIBE
DIRECTOR DE TESORERIA

MUNICIPIO DE SOACHA

NIT. 800094755-7

ORDEN DE PAGO

Vigencia Fiscal 2024 **Orden de Pago No. 2732**

Lugar y Fecha: SOACHA 10-may.-2024
Tipo de Orden: HONORARIOS
Pagado a: CASTILLO RODRIGUEZ DIANA MILENA **Nit/C.C. :** 53894464 Regimen Simplifi
Documento_: Contrato 964
Facturas:
Concepto: ACTA PARCIAL #1 DEL 16 AL 30 DE ABRIL DE 2024 CONTRATO 964/2024 - PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO A LOS PROGRAMAS Y PROYECTOS DE LA DIRECCION DE ASEGURAMIENTO, PROMOCION A LA AFILIACION, CARACTERIZACION DE POBLACION, CONTRIBUCION SOLIDARIA Y A LA EVASION Y ELUSION
Programa:

Registro Presupuestal: **1401** Vigencia Registro: **2024** Contrato : 964

Detalle Orden

Imputación Presupuestal	Valor
0111 - 2.1.2.02.02.008.83990 - 32.2	2.913.333,00
	$ 2.913.333,00

Detalle Liquidación

Descripción	%	V. Base	Valor
Descuentos y otros recargos			
RETENCION ICA 10 X MIL	-1,000	2,913,333.00	-29.133,00
Adulto Mayor	-3,000	2,913,333.00	-87.400,00
			$-116.533,00
			$ 2.796.800,00

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	29.133.00	RETENCION ICA 10 X MIL
249054	0.00	2.796.800.00	Honorarios
24909009	0.00	87.400.00	Fondo Adulto mayor
55020501	2.913.333.00	0.00	Honorarios
	2.913.333,00	2.913.333,00	

SOL YALILE VASQUEZ PARRA
CONTADORA MUNICIPAL (C)

10 MAYO 24

4542

IMPRIMIO : Daniela Gallego Orrego

3178

Pct Enterprise ORIGINAL Pag. 1

Bancolombia

NIT. 890.903.9388

Empresa: MUNICIPIO DE SOACHA
NIT: 800094755
Tipo de pago: PAGO A PROVEEDORES

Nombre del pago: OGS047A
Secuencia: k
Número de cuenta a debitar: 22133464542

Fecha: 15-05-2024 **Hora:** 10:45:59
Fecha de Generación: 15-05-2024

Fecha de envio del pago: 10-05-2024
Fecha para Procesar el pago: 10-05-2024

Impreso por: Nrodriguez1

Total Registros del Lote: 4	**Registros Procesados:** 4	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 0
Valor Total del Pago: $12,428,800.00	**Valor Registros Procesados:** $12,428,800.00	**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
00550008400716828	Ahorros	1026251011	ANDREA VIVIANA GOM	2,304,000.00	BANCO DAVIVIENDA	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	10-05-2024
00000488416907142	Ahorros	1073684006	JAIR ANDRES COBOS	3,660,000.00	BANCO DAVIVIENDA	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	10-05-2024
00000024050899883	Ahorros	53894464	DIANA MILENA CASTI	2,796,800.00	BANCO CAJA SOCIAL	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	10-05-2024
00000000175706134	Ahorros	1024537337	GINA PAOLA FERNAND	3,648,000.00	BANCO BBVA	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH	10-05-2024

T-14 7

	ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA	CÓDIGO	GF-FR-F001	
Alcaldía Municipal de Soacha		VERSIÓN	2	
		FECHA DE APROBACIÓN		
	TRAMITE DE PAGO	DD	MM	AA
	FORMATO DE INFORMACIÓN GENERAL	5	3	2024

ESPACIO PARA SELLOS

RADICACION	CENTRAL DE CUENTAS
ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA SECRETARIA DE HACIENDA RECIBIDO RADICACIÓN MAY 8 AD	2732

T-14 73415

1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

NUMERO DE CONTRATO	0964

OBJETO

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO A LOS PROGRAMAS Y PROYECTOS DE LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO, PROMOCIÓN A LA AFILIACIÓN, CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN, CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA Y LA EVASIÓN Y ELUSIÓN

FECHA DE CONTRATO	8/04/2024
PLAZO DE EJECUCION	TRES MESES
FECHA DE INICIO	8/04/2024
FECHA DE FINALIZACION	7/07/2024
PRORROGAS EN TIEMPO	
SUSPENSIONES EN TIEMPO	
FECHA DE REINICIO DE SUSPENCIÓN	

CONTRATISTA				
DIANA MILENA CASTILLO RODRIGUEZ				
C.C.	X	NIT		53.894.464
ACTIVIDAD ECONOMICA CIIU				8129
REGIMEN DE VENTAS				NO RESPONSABLE DE IVA

SUPERVISOR	
KARIN JOHANNA MENDOZA	
CARGO	DIRECTORA ASEGURAMIENTO
DEPENDENCIA	ASEGURAMIENTO
CORREO	aseguramiento@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	08/04/2024 al 30/04/2024
VALOR DEL PAGO	2.913.333

VALOR DEL PAGO EN LETRAS

DOS MILLONES NOVECIENTOS TRECEMIL TRECIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE

N° FACTURA	

CUENTA BANCARIA	24050899883		
BANCO	CAJA SOCIAL	TIPO	AHORROS

PAC

ENERO	
FEBRERO	
MARZO	
ABRIL	
MAYO	2.913.333
JUNIO	3.800.000
JULIO	3.800.000
AGOSTO	886.667
SEPTIEMBRE	
OCTUBRE	
NOVIEMBRE	
DICIEMBRE	
REZAGO	
TOTAL	11.400.000

Diana Castillo.

FIRMA CONTRATISTA

FIRMA SUPERVISOR

ESPACIO EXCLUSIVO SECRETARÍA DE HACIENDA

ESTADO DEL TRAMITE		ANOTACIONES
APROBADO		
NO APROBADO		

Vo. Bo. CENTRAL DE CUENTAS

REVISADO

	ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA	CÓDIGO	GF-FR-F002
		VERSIÓN	2
		FECHA DE APROBACIÓN	
	TRAMITE DE PAGO	DD / MM / AA	
	FORMATO DE INFORMACIÓN FINANCIERA	5 / 3 / 2024	

NUMERO DE CONTRATO	0964
OBJETO	
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO A LOS PROGRAMAS Y PROYECTOS DE LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO, PROMOCIÓN A LA AFILIACIÓN, CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN, CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA Y LA EVASIÓN Y ELUSIÓN	

IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO

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

3. IMPUTACION PRESUPUESTAL

CDP			
NUMERO	1549	FECHA	22/03/2024
RUBRO		VALOR	
0111-2.1.2.02.02.008.83990-32.2		22.800.000,00	

CRP			
NUMERO	1401	FECHA	8/04/2024
RUBRO		VALOR	
0111-2.1.2.02.02.008.83990-32.2		11.400.000,00	

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	11.400.000,00
ADICION 1	-
ADICION 2	-
ADICION 3	
VALOR TOTAL CONTRATO	11.400.000,00

PAGO ANTICIPADO	
ANTICIPO 1	
ANTICIPO 2	
ANTICIPO 3	
TOTAL ANTICIPOS	-

NUMERO DE ACTA	VALOR A GIRAR	AMORTIZACION	TOTAL ACTA
ACTA PARCIAL 1	2.913.333		2.913.333
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	2.913.333	-	2.913.333

ESTADO DE EJECUCION FINANCIERA

TOTAL GIROS	2.913.333
AMORTIZACIONES	-
EJECUCION	2.913.333

POR AMORTIZAR	
POR EJECUTAR	8.486.667

OBSERVACIONES

SALDO A LIBERAR		FECHA ACTA LIQUIDACION	

Diana Castillo.
FIRMA CONTRATISTA

FIRMA SUPERVISOR

Alcaldía Municipal de Soacha	ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA	CÓDIGO	GF-FR-F003	
		VERSIÓN	2	
		FECHA DE APROBACIÓN		
	TRAMITE DE PAGO	DD	MM	AA
	FORMATO DE CERTIFICACIÓN	5	3	2024

NUMERO DE CONTRATO	0964

OBJETO

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO A LOS PROGRAMAS Y PROYECTOS DE LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO, PROMOCIÓN A LA AFILIACIÓN, CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN, CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA Y LA EVASIÓN Y ELUSIÓN.

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 social que acontinuacion se detallan, corresponden a los ingresos percibidos por el presente contrato, para el perioro de liquidacion de esta acta.

SALUD	
ENTIDAD	SALUD TOTAL
PERIODO	ABRIL
PLANILLA	9466494724
I.B.C.	1.533.334
APORTE	191.700

PENSION	
ENTIDAD	PROTECCIÓN
PERIODO	ABRIL
PLANILLA	9466494724
I.B.C.	1.533.334
APORTE	245.400

ARL	
ENTIDAD	AXA COLPATRIA
PERIODO	ABRIL
PLANILLA	9466494724
I.B.C.	1.533.334
APORTE	8.100

CONTRATISTA	DIANA MILENA CASTILLO RODRIGUEZ
C.C. O NIT	53.894.464
E-MAIL	dianacastillo2117@gmail.com
TELEFONO	3105575081
	Diana Castillo. 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: 30 DE ABRIL 2024

SUPERVISOR	KARIN JOHANNA MENDOZA
CARGO	DIRECTORA ASEGURAMIENTO
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
E-MAIL	aseguramiento@alcaldiasoacha.gov.co
TELEFONO	3114979802
	FIRMA

6. ANEXOS

N.	ANEXO	FOLIOS
1	FORMATO DE PAGOS	3
2	INFORME DE ACTIVIDADES	1
3	INFORME DE SUPERVISION	2
4	CERTIFICADO DE RETEFUENTE	1
5	PLANILLA SEGURIDAD SOCIAL	1

N.	ANEXO	FOLIOS
	PANTALLAZO CARGUE SECOP II	1
	POLIZA, ARL	2
	ACTA INICIO	1
	RUT	1
	CERTIFICADO BANCARIO	1

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53894464		CASTILLO RODRIGUEZ DIANA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 7 # 2 - 41	SOACHA-CUNDINAMARCA	7777777	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	606705253	9466494724	I	2024/05/17	2024/04/30	BANCO CAJA SOCIAL	0	$445,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,533,334	$245,400			$1,533,334	$191,700			$0	$0			$1,533,334	$8,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,533,334	$245,400			$1,533,334	$191,700			$0	$0			$1,533,334	$8,100		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,533,334	$245,400			$1,533,334	$191,700			$0	$0			$1,533,334	$8,100		$0	$0
1	CC	53894464	CASTILLO DIANA	230201	23	$1,533,334	$245,400	EPS002	23	$1,533,334	$191,700		0	$0	$0	14-4	23	$1,533,334	$8,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,533,334	$245,400			$1,533,334	$191,700			$0	$0			$1,533,334	$8,100		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53894464		CASTILLO RODRIGUEZ DIANA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 7 # 2 - 41	SOACHA-CUNDINAMARCA	7777777	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	606705253	9466494724	I	2024/05/17	2024/04/30	BANCO CAJA SOCIAL	0	$445,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$245,400	$0	$0	$245,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$245,400	$0	$0	$245,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,100	$0	$0	$8,100
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$8,100	$0	$0	$8,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$191,700	$0	$0	$191,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$191,700	$0	$0	$191,700
TOTAL				**1**	**$445,200**	**$0**	**$0**	**$445,200**

PLANILLA PAGADA

	ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA	CÓDIGO	GF-FR-F004	
Alcaldía Municipal de Soacha		VERSIÓN	2	
		FECHA DE APROBACIÓN		
	TRAMITE DE PAGO	DD	MM	AA
	FORMATO DE INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	5	4	2024

I. INFORMACIÓN DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA

Fecha de Expedición			Supervisor o Interventor	Teléfono o Ext
DD	MM	AA	NOMBRE: KARIN JOHANNA MENDOZA	3114979802
30	04	2024	SECRETARIA DE SALUD	

II. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Nombre o Razón social del contratista			CC / Nit
DIANA MILENA CASTELLO RODRIGUEZ			53.154.464

TIPO DE CONTRATO: Prestación de Servicios

Contrato	O.P.S	Convenio	Fecha	No.
	X		5/04/2024	0364

Fecha de Inicio		Plazo de ejecución	TIEMPO (3) Meses sin que supere el 31 de Diciembre
	5/04/2024		

OBJETO CONTRACTUAL

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO A LOS PROGRAMAS Y PROYECTOS DE LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO, PROMOCIÓN A LA AFILIACIÓN, CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN, CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA Y LA EVASIÓN Y ELUSIÓN

III. PERIODO CERTIFICADO

Desde: DD/MM/AA	Hasta: DD/MM/AA	Informe No.
5/04/2024	30/04/2024	1

IV. CUMPLIMIENTO SEGÚN CONTRATO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO	PRODUCTOS PRESENTADOS
Elaborar cronograma de actividades diarias y mensuales a llevar a cabo por parte de los equipos de metas de promoción a la afiliación, caracterización, evasión y elusión y corresponsabilidad en las diferentes comunas y corregimientos del municipio, puntos viables, jornadas extramurales, y atención en puntos SAC. Se realizara seguimiento al cumplimiento del cronograma.	Desde el día 05 de abril se realiza la elaboración de cronograma de actividades diarias y mensuales a llevar a cabo por parte de los equipos de trabajo promoción a la afiliación, caracterización, evasión y elusión y corresponsabilidad en las diferentes comunas y corregimientos del municipio, puntos viables, jornadas extramurales, y atención en puntos SAC. Se realiza asignación de metas del mes de abril con base en las metas de Plan de Desarrollo Municipal, se realiza seguimiento al cumplimiento del cronograma. Se realiza la asignación de encuestas a EAPB y IPS a los promotores junto con el área de trabajo social.	Evidencia en drive carpeta, Diana Castillo actividad 1 1_Cronograma abril promotores Aseguramiento 2_Cronograma SAC abril 3_Acta asignación metas Promotores Aseguramiento 4_Designación EAPB - IPS Promotores encuestas
Realizar actividades administrativas, de gestión empresarial y demás incluidas en la misionalidad de la Dirección de Aseguramiento.	Desde el día 05 de abril se apoya administrativamente en la capacitación a fortalecimiento de capacidades del equipo de promoción a la afiliación, caracterización y nuestros equipos de promotores de los cuatro proyectos de la dirección. Se realiza oficio remitiendo a los encargados de los centros de Protección Temporal de Soacha (CPT) a mesa de trabajo para el desarrollo de estrategias que permitan dar cumplimiento a la sentencia SU 122/22, se elaboro oficio plan de mejora para las empresas que incumplan con las aportes al SGSSS, dando instrucciones pertinentes al equipo de medición y elusión para notificar las empresas. Se elabora documento donde se especifica a los promotores de los diferentes proyectos los entregables de las cuentas de cobro, de igual manera se entregan los documentos a los supervisores y apoyo a la supervisión para unificar conceptos. Se entregan base de datos a los promotores de Contribución solidaria para sus respectiva gestión. Se realiza presentación de conceptos básicos en cuanto ambiente para hacer fortalecimiento de capacidades de los grupos de trabajo.	Evidencia en drive carpeta, Diana Castillo actividad 2: 1_ Acta fortalecimiento de capacidades 2_Evidencia fotografica fortalecimiento 3_Oficio mesa de trabajo CPT 4_Oficio Plan de mejora Cesion 5_Formato Plan de Mejora 6_Entregables cuentas de cobro 7_Presentación fortalecimiento capacidades
Realizar informes periódicos de la gestión de los grupos de trabajo de promoción, caracterización, evasión y elusión y contribución solidaria de la Dirección de Aseguramiento (Mensual, trimestral, semestral y anual)	Se realiza informe ejecutivo de las acciones realizadas por los grupos de promoción, caracterización, evasión y elusión y contribución solidaria en el primer cuatrimestre del año 2024.	Evidencia en drive carpeta, Diana Castillo actividad 3: 1_ Informe ejecutivo proyectos aseguramiento
Organizar y planear las jornadas de salud a realizar por la Dirección de Aseguramiento, apoyar la organización a logística requerida en las jornadas en acompañamiento de la parte técnica.	Desde el 08 de abril se apoya en la participación de las jornadas del evento mes 25, el cual se lleva a cabo en los diferentes comunas y corregimientos del municipio, se realiza la planeación para que los diferentes equipos realicen acompañamiento. Se participa en la mesa de trabajo convocada en los Centros de Protección Temporal (CPT) en la cual se plantean las actividades a llevar a cabo en los diferentes puntos de los CPT para realizar el barrido a SGSSS a los PPL del municipio.	Evidencia en drive carpeta, Diana Castillo actividad 4: 1_Acta acompañamiento mes 25 2_Evidencia fotografica 3_Acta reunión CPT
Dar respuesta a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRSD), derechos de petición, requerimientos y prestar soporte técnico a las solicitudes, cuando se sea requerido.	Desde el día 08 se abril se da respuesta a las PQRSD que son asignadas.	Evidencia en drive carpeta, Diana Castillo actividad 5: 1_Correo_ Dirección de Aseguramiento - Outlook (9) 2_Correo_ Dirección de Aseguramiento - Outlook (9) 3_Correo_ Dirección de Aseguramiento - Outlook 4_RE: SOLICITUD DE VINCULACIÓN N.- 55 ILIMA DI SALUD ROBINSON ENRIQUE CASAS GONZA 27 con 2353458 - Dirección de Aseguramiento - Outlook
Realizar seguimiento y acompañamiento a los líderes de los grupos de promoción, caracterización, evasión y elusión y contribución solidaria verificando las acciones realizadas y el cumplimiento de los objetivos y metas con base al cronograma mensual de las actividades a ejecutar.	Desde el 08 de abril se realiza el seguimiento y acompañamiento a los líderes de promoción a la afiliación y caracterización y metas con el fin de dar cumplimiento en los objetivos con relación a las metas planteadas para el mes de abril según cronograma de actividades a ejecutar. Se hace entrega de formato para realizar el seguimiento semanal a los grupos y documento de cronogramas.	Evidencia en drive carpeta, Diana Castillo actividad 6: 1_Acta de seguimiento y acompañamiento a líderes 2_formato reporte semanal 3_formato cronograma
Apoyar en la elaboración de informes requeridos por los Entes de Control Nacionales, Departamentales y/o Municipales entre otros, así como el diligenciamiento de los diversos documentos, en relación con las actividades de la Dirección de Aseguramiento.	Desde el 08 de abril se realiza consolidación de los soportes del Plan de Desarrollo del mes de marzo para realizar el respectivo cargue en el aplicativo designado por el área de planeación.	Evidencia en drive carpeta, Diana Castillo actividad 7: 1_Soportes SAI 2_Soportes Oficio
Hacer seguimiento y acompañamiento mensual a las jornadas extramurales programadas a los grupos de trabajo de la Dirección (promoción a la afiliación, evasión y caracterización)	Se hace acompañamiento en terreno al equipo de evasión y elusión, para realizar las visitas técnicas de caracterización a las empresas, sector casa del municipio, se realiza seguimiento y acompañamiento a jornada extramural programada el día 30 de abril en el barrio de 8:00 a.m. a 2:00 p.m., en el parque principal.	Evidencia en drive carpeta, Diana Castillo actividad 8: 1_ Acta jornada extramural predial 2_Acta acompañamiento grupo evasión y elusión 3_Evidencia fotografica.
Brindar apoyo en los procesos de supervisión que le sean asignados.	En el mes de abril se apoya el apoyo de supervisión de los promotores de evasión y elusión y contribución solidaria	Evidencia en drive carpeta, Diana Castillo actividad 9: 1_Pantallazo de correo designa supervisor

Diana Castillo.

DIANA MILENA CASTELLO RODRIGUEZ

C.C 53.154.464

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

KARIN JOHANNA MENDOZA

Firma

Firma del Supervisor

DIRECTORA ASEGURAMIENTO

Alcaldía Municipal de Soacha	ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA	CÓDIGO	GF-FR-F005	
		VERSIÓN	2	
		FECHA DE APROBACIÓN		
	TRAMITE DE PAGO	DD	MM	AA
	FORMATO DE INFORME DE SUPERVICIÓN	5	4	2024

SECRETARIA DE SALUD

I. INFORMACION DE SUPERVISION			
Fecha de Expedicion	Supervisor o Interventor		Teléfono o Ext.
DD MM AA	NOMBRE:KARIN JOHANNA MENDOZA		
30 de abril de 2024	SECRETARIA DE SALUD		3114979802
II. INFORMACION DE APOYO A LASUPERVISION			
	Nombre: DISLEIN WILCHES		3108785111
	Cargo: Profesional Universitario		

III. INFORMACION CONTRACTUAL.		
Nombre o Razon social del contratista.		CC. / Nit
DIANA MILENA CASTILLO RODRIGUEZ		53.894.464
IV. TIPO DE CONTRATO:		
Contrato O.P.S. Convenio	**Fecha:**	**Contrato No.**
X	8/04/2024	0964
FECHA INICIO:	**Plazo inicial**	**Adición**
8/04/2024	TRES MESES	
OBJETO		
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO A LOS PROGRAMAS Y PROYECTOS DE LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO, PROMOCIÓN A LA AFILIACIÓN, CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN, CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA Y LA EVASIÓN Y ELUSIÓN.		

V. PERIODO CERTIFICADO		
Desde: DD/MM/AA	**Hasta: DD/MM/AA**	**Informe No.**
8/04/2024	30/04/2024	1

VI. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	VERIFICACIÓN
Elaborar cronograma de actividades diarias y mensual a llevar a cabo por parte de los equipos de trabajo de promoción a la afiliación, evasión y elusión y caracterización, de acuerdo con las necesidades de la Dirección de Aseguramiento, la Secretaria de Salud y/o las metas del Plan de Desarrollo Municipal así mismo realizar el seguimiento al cumplimiento del ronograma.	se verifica Desde el día 08 de abril se realiza la elaboración de cronograma de actividades diarias y mensuales a llevar a cabo por parte de los equipos de trabajo promoción a la afiliación, caracterización, evasión y elusión y contribución solidaria en las diferentes comunas y corregimientos del municipio, puntos visibles, jornadas extramurales y atención en punto SAC. Se realiza asignación de metas del mes de abril con base en las metas de Plan de Desarrollo Municipal, se realiza seguimiento al cumplimiento del cronograma. Se realiza la asignación de encuestas a EAPB y IPS a los promotores junto con el área de trabajo social.
Realizar actividades administrativas, de gestión contractual y demás incluidas en la misionalidad de la Dirección de Aseguramiento.	Se verifica que Desde el día 08 de abril se apoya administrativamente en la capacitación y fortalecimiento de capacidades del técnico de promoción a la afiliación, caracterización y rastreo y equipo de promotores de los cuatro proyectos de la dirección, Se realiza oficio convocando a los encargados de los centros de Protección Temporal de Soacha (CPT) a mesa de trabajo para el desarrollo de estrategias que permitan dar cumplimiento a la sentencia SU 122/22, se elabora oficio plan de mejora para las empresas que incumplan con los aportes al SGSSS, dando instrucciones pertinentes al equipo de evasión y elusión para notificar las empresas. Se elabora documento donde se le especifica a los promotores de los diferentes proyectos los entregables de las cuentas de cobro, de igual manera se le entregan los documentos a los supervisores y apoyos a la supervisión para unificar conceptos. Se entregan bases de datos a los promotores de Contribución solidaria para su respectiva gestión. Se realiza presentación de conceptos básicos en aseguramiento para hacer fortalecimiento de capacidades de los grupos de trabajo.

Realizar informes periodicos de la gestión de los grupos de trabajo de promoción, caracterización, evasión y elusión y contribución solidaria de la Dirección de Aseguramiento (Mensual trimestral,semestral y anual)	Se verifica que Se realiza informe ejecutivo de las acciones realizadas por los grupos de promoción, caracterización, evasión y elusión y contribución solidaria en el primer trimestre del año 2024.
Organizar y planear las jornadas de salud a realizar por la Dirección de Aseguramiento, apoyar la organización y logistica requerida en las jornadas en acompañamiento de la parte técnica.	se evidencia que Desde el 08 de abril se organiza la participación de las jornadas del evento ruta 25, el cual se lleva a cabo en las diferentes comunas y corregimientos del municipio, se realiza la planeación para que los diferentes equipos realicen acompañamiento, Se participa en la mesa de trabajo convocada en los Centros de Protección Temporal (CPT) en la cual se planean las actividades a llevar a cabo en los diferentes puntos de los CPT para realizar afiliación al SGSSS a los PPL del municipio.
Dar respuesta a las peticiones, quejas, reclamos y sugerenciasPQRSDF,derechos de petición, rquerimientos y prestar soporte técnico a las solicitudes, cuando le sea requerido.	Se evidencia que Desde el día 08 de abril se da respuesta a las PQRSDF que son asignadas.
Realizar seguimiento y acompañamiento a los lideres de los procesos de promoción, caracterización, evasión y elusión y contribución solidaria verificando las acciones realizadas y el cumplimiento de los objetivos y metas con base al cronograma mensual de las actividades a ejecutar.	Se verifica que Desde el 08 de abril se realiza el seguimiento y acompañamiento a las lideres de promoción a la afiliación y caracterización y rastreo con el fin de dar cumplimiento en los objetivos con relación a las metas planteadas para el mes de abril según cronograma de actividades a ejecutar. Se hace entrega de formato para realizar el seguimiento semanal a los grupos y documento de cronogramas.
Apoyar en la elaboración de informes requeridos por los Entes de Control Nacionales, Departamentales y/o Municipales entre otros, así como del cliente interno de las demás dependencias , en relación con las actividades de la Dirección de Aseguramiento	severifica que Desde el 08 de abril se realiza el consolidado de los soportes del Plan de Desarrollo del mes de marzo para realizar el respectivo cargue en el instrumento designado por el área de planeación.
Hacer seguimiento y acompañamiento mensual a las jornadas extramurales programadas a los grupos de trabajo de la Dirección (promoción a la afiliación, evasión y caracterización)	Se evidencia que Se hace acompañamiento en terreno al equipo de evasión y elusión, para realizar las visitas técnicas de caracterización a las empresas jurídicas del municipio, se realiza seguimiento y acompañamiento a jornada extramural programada el día 20 de abril en el horario de 8:00 a.m. a 2:00 p.m., en el parque principal.
Brindar apoyo en los procesos de supervisiónque le sean	se evidencia que En el mes de abril se asigna el apoyo de supervisión de los promotores de evasión y elusión y contribución solidaria

En mi calidad de supervisor, previa verificacion de los productos recibidos certifico que el contratista cumplió con las obligaciones en los términos y tiempos pactados, las cuales fuerón verificadas y se avala el presente informe de conformidad con el Articulo 83 y 84 de la ley 1474 de 2011.

Asi mismo, el supervisor certifica que el contratista realizó el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y arl, presentando las planillas originales de acuerdo con lo establecido en la ley 789 de 2002 y Decreto 1709 de 2002.

KARIN JOHANA MENDOZA
Firma del supervisor
SECRETARIA DE SALUD

DISLEIN WILCHES
APOYOA A LA SUPERVISIÓN
SECRETARIA DE SALUD

Alcaldía Municipal de Soacha	ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA	CÓDIGO	GF-FR-F006	
		VERSIÓN	2	
		FECHA DE APROBACIÓN		
	TRAMITE DE PAGO	DD	MM	AA
	FORMATO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE	5	4	2024

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

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

1. Yo, DIANA MILENA CASTILLO RODRIGUEZ, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 53.894.464 de Soacha, en aplicación a lo establecido en el Artículo 172 del Decreto reglamentario 0099 de 2013, que reglamenta las tarifas y procedimientos para la aplicación de retención en la fuente para empleados, certifico que los contratos relacionados a continuación se encuentran vigentes y representan la totalidad de mis ingresos por contratos de prestación de servicios en el municipio de Soacha en el mes del 08 al 30 de abril 2024:

ENTIDAD	No. CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	VALOR DEL CONTRATO	INGRESO MENSUAL
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA	964	8-abr.-24	7-jul.-24	$ 11.400.000	$ 2.913.333

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

3. Para efectos de la aplicación de las tarifas de retención en la fuente certifico que pertenezco al régimen de ventas:

RESPONSABLE DE IVA		NO RESPONSABLE DE IVA	X

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

NOMBRE DEL DEPENDIENTE	EDAD	PARENTESCO	VALOR MENSUAL
ERICK SANTIAGO GONZALEZ	16	HIJO	$ 980.000

La presente Certificación se expide 30 de abril de 2024

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

Diana Castillo.

FIRMA

C.C. 53894464 DE Soacha.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14976038696

(415)7707212489984(8020) 000001497603869 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
5 3 8 9 4 4 6 4	2	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	53894464	2 0 0 3 0 9 1 8

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
CASTILLO	RODRIGUEZ	DIANA	MILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
HIGIA GESTION AMBIENTAL	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 77 J 69 B SUR 75

42. Correo electrónico: dianacastillo09@hotmail.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 9 4 8 4 8 1 0 6	

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
8 1 2 9	2 0 2 3 0 5 0 8	4 3 2 1	2 0 2 3 0 5 0 8	2 0 2 9	9 5 1 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	5 2																								

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

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

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 - 01 - 29 / 00 : 52 : 09

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: Diana Castillo.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

DIANA MILENA CASTILLO RODRIGUEZ Identificado con CC 53894464

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina MERCURIO, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24050899883
Fecha de apertura:	14 de Febrero de 2015
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Lunes, 18 de Marzo de 2024.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

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
DIANA MILENA CASTILLO RODRIGUEZ	C.C.	53,894,464	05/04/2024	13/08/2024

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 jueves 04 de abril de 2024 a las 06:10:34 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra linea 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	21-46-101090454	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO
08	04	2024	05	04	2024	00:00	18	01	2025	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	CASTILLO RODRIGUEZ DIANA VILENA			IDENTIFICACIÓN:	C.C. 53,894,464
DIRECCIÓN:	CALLE 7 2-41	CIUDAD:	SOACHA - CUNDINAMARCA	TELÉFONO:	3105575081

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	MUNICIPIO DE SOACHA			IDENTIFICACIÓN:	NIT. 800,094,755-7
DIRECCIÓN:	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 ECUD10B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. 0964-2024 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO A LOS PROGRAMAS Y PROYECTOS DE LA DIRECCION DE ASEGURAMIENTO PROMOCION A LA AFILIACION CARACTERIZACION DE LA POBLACION CONTRIBUCION SOLIDARIA Y A LA EVASION Y ELUSION.

AMPAROS

RIESGO:	PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS:		VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		05/04/2024	18/01/2025	$ 1,140,000.00

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	$ 1,140,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% 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.

21-46-101090454
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Ramos

Diana Castillo
FIRMA TOMADOR
CC 53894464.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

DLF09309 3A

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

VIGILADO DE COLOMBIA

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

CONTRATO No:	0964-2024 del 08 de abril del 2024		
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES		
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO A LOS PROGRAMAS Y PROYECTOS DE LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO, PROMOCIÓN A LA AFILIACIÓN, CARACTERIZACIÓN DE POBLACIÓN, CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA Y A LA EVASIÓN Y ELUSIÓN		
VALOR:	ONCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($11'400.000)		
CONTRATISTA:	DIANA MILENA CASTILLO RODRIGUEZ CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 53894464 de Soacha		
PLAZO:	TRES (3) MESES sin que supere el 31 de diciembre del 2024		
CDP No:	1549 del 22 de marzo del 2024	**CRP:**	1401 del 08 de abril del 2024
PÓLIZA No:	21-46-101090454	**FECHA:**	08 de abril del 2024
FECHA DE APROBACIÓN DE PÓLIZA EN SECOP II:			08 de abril 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 **08 de abril del 2024**, el cual debe concluir el día **07 de Julio del 2024**, sin que supere el **31 de diciembre del 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 **08 de abril del 2024**.

KARIN JOHANNA MENDOZA
DIRECTORA DE ASEGURAMIENTO
SUPERVISORA

DIANA MILENA CASTILLO RODRIGUEZ
C.C. No. 53894464 de Soacha
CONTRATISTA.

REVISÓ: ALVARO ALEJANDRO BOBADILLA - PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA - CPS 0032

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, recibir en los casos que aplique, para su revisión y aprobación las hojas de vida del equipo de trabajo presentado por el Contratista, diferente al 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 lo pertinente.

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4012275297	30/04/20/24

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐ B. Colectiva ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	3

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6.Apellidos y nombres			
CASTILLO (Primer apellido)	RODRIGUEZ (Segundo apellido)	DIANA (Primer nombre)	MILENA (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	53894464	Femenino ☒ Masculino ☐	17/09/1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad		13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo [F N M]	Condicion [T P]		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	PROTECCION	2000000

18.Residencia			
CR 7 NO 2 41 (Dirección)	Telefono fijo	3105575081 (Telefono celular)	DIANACASTILLO2117@GMAIL.COM (Correo electronico)
SOACHA (Municipio/Distrito)	zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	CUNDINAMARCA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condicion	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS SOACHA TERREROS - VS SOACHA TERREROS	VSSOACHA - VSSOACHA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
DIANA MILENA CASTILLO RODRIGUEZ	CC	53894464	01

39.Ubicación				
CR 7 NO 2 41 (Dirección)	3105575081 (Teleéfono)	DIANACASTILLO2117@GMAIL.COM (Correo electrónico)	SOACHA (Municipio/distrito)	CUNDINAMARCA (Departamento)

No de Radicacion
4012275297

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

II. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la Identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|8|0|4|2|0|2|4

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

III. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.

48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran

52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

53. ☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

IV. FIRMAS

Tiana Castillo

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario 53894464

Tiana Castillo 53894464

55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X.ANEXOS

56. ☐ Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐

Cantidad ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio.

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de Identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

Powered by CamScanner

7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	0964-2024 aprobacion poliza.pdf	0964-2024 aprobacion poliza.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	0964-2024-acta de inicio.pdf	0964-2024-acta de inicio.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	CTO 964 RP.pdf	CTO 964 RP.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	0964-2024 designacion de supervision.pdf	0964-2024-designacion de supervision.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	0964-2024 - ARL - DIANA MILENA CASTILLO RODRIGUEZ.pdf	0964-2024 - ARL - DIANA MILENA CASTILLO RODRIGUEZ.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CTO-964-2024 mes de abril informe actividades .pdf	CTO-964-2024 mes de abril informe actividades .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 964 2024 MES DE ABRIL INFORME SUPERVISIÓN .pdf	CTO-964-2024 MES DE ABRIL INFORME SUPERVISIÓN .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >