Gobernación de CUNDINAMARCA	LISTA DE CHEQUEO RECEPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN CUENTAS DE COBRO	Código: A-GF-FR-079
		Versión: 1
	GESTIÓN FINANCIERA	Fecha de Aprobación: 31/may/2023

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA: Dirección Salud Pública - SAN

NÚMERO DE CUENTAS RADICADAS: 3/3

RESPONSABLE DE LA ENTREGA: Mónica Sandoval FECHA: 16/07/24

PARÁMETRO	RESULTADO		SOPORTE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
	C	NC		
¿El formato Recibo a Satisfación se encuentra debidamente diligenciado?		V/	FORMATO RAS - A-GC-FR-033 - VERSIÓN 2	
¿Se cuenta con el Informe de Supervisión Electrónico?			FORMATO SUPERVISA - A-GC-FR-017- VERSIÓN 3	
¿Se cuenta con el soporte para evidenciar la fecha de creación del Informe de Supervisión Electrónico?			PANTALLAZO DE LA FECHA DE GENERACIÓN DEL INFORME DE SUPERVISIÓN	
¿Se cuenta con el informe de actividades realizadas por el contratista correspondiente al periodo a cobrar?			INFORME DE ACTIVIDADES	
¿Se cuenta con factura o cuenta de cobro a nombre del contratista?			CUENTA DE COBRO O FACTURA ELECTRÓNICA	
¿Se cuenta con soporte o evidencias de las actividades realizadas por el contratista en el periodo a cobrar?			SOPORTE DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (EVIDENCIAS)	
¿El contratista cuenta con el soporte de pago de los aportes al sistema de Seguridad Social?			SOPORTE DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
¿Se cuenta con la certificación bancaria actualizada para poder realizar el pago?			CERTIFICACIÓN BANCARIA ESTADO ACTIVO	
¿Se encuentra cargadada la información que evidencie el cargue de los soportes en la plataforma Secop II?			PANTALLAZO SECOP	
¿El contratista anexa otro documento que es necesario para soportar la cuenta de cobro?			OTROS	

RESULTADO
C: Cumple
NC: No cumple

Funcionario responsable de realizar la entrega _____

Funcionario responsable de la recepción _____ 17 JUL 2024 9:00

REVISADO MAQUERÌ 2024/7/24

LUCB 16/07/24.

Gobernación de CUNDINAMARCA	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: A-GC-FR-033
		VERSIÓN: 03
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 02/08/2023

El suscrito secretario(a) de despacho, ordenador del gasto o director de unidad certifica que toda la información relacionada a continuación se consultó directamente en los documentos del contrato los cuales se encuentran archivados en el expediente correspondiente. El cumplimiento a satisfacción de las obligaciones del contratista las certifica el supervisor y/o interventor del contrato, al igual que el cumplimiento frente al Sistema de Seguridad Social en Salud, Riesgos Laborales, Pensiones y aportes parafiscales, tal como lo establece el manual de vigilancia y control de la ejecución contractual vigente para la entidad.

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	Día	Mes	Año	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)	Día	Mes	Año
	9	7	2024		4	3	2024		3	6	2024

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARIA DE SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197-01

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CPS-108-2024	X		MARITZA EDELMIRA VELASQUEZ CUBILLOS	52.808.968

TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	3003418015	CALLE 153 N 94 51 CASA 24	marvecu81@gmail.com

SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*	*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO	"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE LA GESTIÓN DE LA SALUD PUBLICA EN EL ÁREA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA IAMII Y RIAS, EN LOS MUNICIPIOS Y ESES DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA".
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	El valor del presente contrato es la suma de DIECINUEVE MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE ($19.738.383) M/CTE, suma que incluye los impuestos a que haya lugar. La Secretaria de salud pagará al Contratista el valor del contrato en 3 pagos así: 1.Tres (3) pagos sucesivos mensuales cada uno por el valor de SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y UN PESOS ($6.579.461) M/CTE. Con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal expedido por el Director Financiero de Presupuesto de la Secretaría de Hacienda del Departamento de Cundinamarca. Los anteriores valores se pagarán previa entrega del informe del contratista, del supervisor a través de la plataforma SUPERVISA, de la certificación de recibo a satisfacción y constancia de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI).

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-3700	NOMBRE DEL FONDO	SGP - SALUD PUBLICA	VALOR DEL PAGO	$ 6.579.461

PAGO N°	3	DE	3	BANCO	BANCO DAVIVIENDA

CUENTA N°	004870282946	AHORROS

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
	DEPARTAMENTO	$ 19.738.383	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
			VALOR ANTICIPADO	$ -
			VALOR DEL ANTICIPO	$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN	DEPARTAMENTO		AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
			SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
			VALOR BRUTO A PAGAR	$ 6.579.461
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 19.080.437
	TOTAL	$ 19.738.383	SALDO POR EJECUTAR	$ 657.946

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NUMERO DE RPC
4	3	2024	4600020398

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NUMERO DE PLANILLA
15	5	2024	9466393876

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X	FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	del Día	del Mes	del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
	NO			9	7	2024	3		1	5	2024	30	5	2024

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Supervisión		No Aplica	X

OBSERVACIONES (si se requiere)	

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	MONICA MILENA SANDOVAL TORRES	NOMBRE:	LAURA ALEJANDRA FRAILE PULGARIN	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	CARGO:	DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CARGO:	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:	Mónica Sandoval	FIRMA:		FIRMA:	

Gobernación de CUNDINAMARCA	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: A-GC-FR-033
		VERSIÓN: 03
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 02/08/2023

El suscrito secretario(a) de despacho, ordenador del gasto o director de unidad certifica que toda la información relacionada a continuación se consultó directamente en los documentos del contrato los cuales se encuentran archivados en el expediente correspondiente. El cumplimiento a satisfacción de las obligaciones del contratista las certifica el supervisor y/o interventor del contrato, al igual que el cumplimiento frente al Sistema de Seguridad Social en Salud, Riesgos Laborales, Pensiones y aportes parafiscales, tal como lo establece el manual de vigilancia y control de la ejecución contractual vigente para la entidad.

FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	Día	Mes	Año	FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	Día	Mes	Año	FECHA DE TERMINACIÓN (Incluidas adiciones)	Día	Mes	Año
	9	7	2024		4	3	2024		3	6	2024

SECRETARÍA DE DESPACHO O UNIDAD ADMINISTRATIVA	SECRETARIA DE SALUD	SECCIÓN PRESUPUESTAL	1197-01

CONTRATO N°	PRINCIPAL	ADICIONAL	CONTRATISTA - BENEFICIARIO	CÉDULA O NIT
SS-CPS-108-2024	X		MARITZA EDELMIRA VELASQUEZ CUBILLOS	52.808.968

TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	3003418015	CALLE 153 N 94 51 CASA 24	marvecu81@gmail.com

SOLO SI APLICA EL TERCERO ALTERNATIVO DILIGENCIE LAS DOS SIGUIENTES CASILLAS*	*NOMBRE TERCERO ALTERNATIVO	*CÉDULA O NIT TERCERO ALTERNATIVO

OBJETO	"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE LA GESTIÓN DE LA SALUD PUBLICA EN EL ÁREA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA IAMII Y RIAS, EN LOS MUNICIPIOS Y ESES DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA".
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	El valor del presente contrato es la suma de DIECINUEVE MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE ($19.738.383) M/CTE. Suma que incluye los impuestos a que haya lugar. La Secretaría de salud pagará al Contratista el valor del contrato en 3 pagos así: 1.Tres (3) pagos sucesivos mensuales cada uno por el valor de SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y UN PESOS ($6.579.461) M/CTE. Con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal expedido por el Director Financiero de Presupuesto de la Secretaria de Hacienda del Departamento de Cundinamarca. Los anteriores valores se pagarán previa entrega del informe del contratista, del supervisor a través de la plataforma SUPERVISA, de la certificación de recibo a satisfacción y constancia de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI).

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3-3700	NOMBRE DEL FONDO	SGP - SALUD PUBLICA	VALOR DEL PAGO	$ 657.946

PAGO N°	3	DE	3	BANCO	BANCO DAVIVIENDA
CUENTA N°			004870282946		AHORROS

	NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN	VALOR	ANTICIPO	VALOR
	DEPARTAMENTO	$ 19.738.383	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
			VALOR ANTICIPADO	$ -
			VALOR DEL ANTICIPO	$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN	DEPARTAMENTO		AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
			SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
			VALOR BRUTO A PAGAR	$ 657.946
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 19.738.383
	TOTAL	$ 19.738.383	SALDO POR EJECUTAR	$ -

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
4	3	2024	4600020398

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DÍA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
17	6	2024	9468610798

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO	SI	X	FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	del Día	del Mes	del Año	Al Día	Al Mes	Al Año
	NO			9	7	2024	3		1	6	2024	3	6	2024

NOVEDADES AL CONTRATO	Suspensión		Cesión		Terminación Anticipada		Supervisión		No Aplica	X

OBSERVACIONES (si se requiere)	

SUPERVISOR/INTERVENTOR		ÁREA JURÍDICA Y/O CONTRATACIÓN		ORDENADOR DEL GASTO	
NOMBRE:	MONICA MILENA SANDOVAL TORRES	NOMBRE:	LAURA ALEJANDRA FRAILE PULGARIN	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	CARGO:	DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	CARGO:	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

Bogotá, D. C., **Julio 02 de 2024**

CUENTA DE COBRO No. 03

LA GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
NIT 899.999.114-0

DEBE A:

MARITZA EDELMIRA VELASQUEZ
CC 52 808.968 DE BOGOTA.

LA SUMA DE: SIETE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS SIETE PESOS ($7.237.407) M/CTE .

POR CONCEPTO DE: Cumplimiento del contrato No. 108 de 2024, cuyo objeto es " PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE LA GESTIÓN DE LA SALUD PUBLICA EN EL ÁREA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA IAMII Y RIAS, EN LOS MUNICIPIOS Y ESES DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA".

Del periodo correspondiente a: **01 DE MAYO al 3 DE JUNIO de 2024.**

Consignar el valor de la presente en: Banco DAVIVIENDA Cuenta de ahorros No **004870282946**

Cordialmente,

Maritza Velasquez C

MARITZA VELASQUEZ CUBILLOS
CC 52 808.968 DE BOGOTA.
Teléfono: 300- 3418015
Correo electrónico: marvecu81@hotmail.com

Recibido

INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO N° SS-CPS-108-2024	
Informe Parcial _____ / No. Del Informe 3	Informe Final __X__
Periodo del Informe: Del 01.05.2024 hasta el 03.06.2024	
Fecha en la que se rinde en informe :	09.07.2024

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

Contratista:	MARITZA EDELMIRA VELASQUEZ CUBILLOS
NIT / C.C.:	52808968
Supervisor:	MONICA MILENA SANDOVAL TORRES
Cargo:	Profesional universitario
Objeto del Contrato o Convenio:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE LA GESTIÓN DE LA SALUD PUBLICA EN EL ÁREA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA IAMII Y RIAS, EN LOS MUNICIPIOS Y ESES DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	29.02.2024
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	04.03.2024
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100047757
Registro Presupuestal	4600020398
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$19,738,383
Adición	$0
Vigencia Futura	$0
Valor Total del Contrato	$19,738,383
Plazo de Ejecución Inicial	3 MESES
Prorroga No.	0
Plazo de Ejecución Final	3 MESES
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	03.06.2024
Suspensión (según aplique)	NO
Fecha De suspensión (si se llevó a cabo)	
Fecha De reinicio (si se llevó a cabo)	
Cesión / Terminación Anticipada	NO
Aseguradora	NA
Garantía de Cumplimiento	NA
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	NA

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Porcentaje de avance: 100%

1. Realizar plan de trabajo y cronograma de actividades de la totalidad de obligaciones del contrato, bajo la orientación del supervisor, el cual se debe entregar durante los siguientes cinco (5) días hábiles a la firma del acta de inicio al supervisor.
2. Realizar cronograma de actividades y seguimiento al plan de trabajo de forma mensual. En los 3 primeros días del mes se debe entregar al supervisor el cronograma proyectado y al radicar la cuenta del mes entregar el cronograma ejecutado junto al seguimiento al plan de trabajo. Si se llegan a presentar cambios en el cronograma proyectado al inicio de mes, se debe informar al supervisor dichos cambios a través de correo electrónico.
3. Participar en el 100% de las sesiones de inducción a la ejecución de las actividades del área de Seguridad Alimentaria y

AW2B 10/07/24

Nutricional.
4. Realizar asistencia técnica para el mantenimiento de la estrategia IAMII en las 17 ESES certificadas, se deberá verificar información en SAMI, revisión de 4 historias clínicas y demás documentos que muestren el mantenimiento de la Estrategia, y capacitación si se requiere, se deben diligenciar las matrices de evaluación elaboradas por la DSAN y solicitar la generación de plan de mejoramiento en caso de ser necesario y su respectivo seguimiento. Durante el contrato se debe garantizar al menos una (1) visita a cada ESE.
5. Realizar una (1) jornada de socialización y orientación frente a la implementación de la Estrategia IAMII articulada a las RIAS, dirigida a los Hospitales y municipios priorizados. Esta jornada debe realizarse durante el primer mes de ejecución del contrato.
6. Realizar 2 asistencia técnica para la implementación de la Estrategia IAMII en la ESE Hospital Mario Gaitan Yanguas de Soacha, para el desarrollo de acciones tales como: capacitación, asesoría, acompañamiento técnico, revisión de 4 historias clínicas y las demás que se requieran para la implementación de las acciones del lineamiento IAMII, la Resolución 2465/16 y la Resolución 3280/18, el diligenciamiento de las matrices de evaluación elaboradas por la DSAN y la generación de plan de mejoramiento en caso de ser necesario y su respectivo seguimiento.
7. Realizar una (1) capacitación presencial para el fortalecimiento y seguimiento al Programa Madre Canguro en lactancia materna, en cada uno de los Hospitales San Rafael de Facatativá, San Rafael de Fusagasugá, Samaritana Bogotá, UF y Regional Zipaquirá.
8. Participar y apoyar la organización de la Mesa Departamental de trabajo con las EAPB para el seguimiento a la malnutrición.
9. Participar en el 100% de las Unidades de Análisis de mortalidad por o asociada a DNT. Participar en la reunión previa a la UA se debe realizar reunión de análisis de HC, documentos, informe de visita domiciliaria con las referentes de la DSAN que asistirán a la UA.
10. Apoyar las actividades técnicas del área de Seguridad Alimentaria y Nutricional como convocatorias, organización de eventos, diseño de material de Información Educación y Comunicacion, elaboración y presentación de informes y documentos, respuesta a requerimientos, participación en reuniones en representación del área y las que se requieran según necesidades.
11. Participar en las reuniones convocadas por la Dirección de Salud Pública y/o el área de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
12. Responder y brindar oportunamente la información requerida y cumplir con las demás actividades que designe el supervisor del contrato en los temas relacionados con el objeto contractual y con las acciones de gestión de la salud pública.
13. Mantener actualizado y de forma mensual el archivo tanto en medio físico como magnético, correspondiente a la documentación gestionada como resultado del contrato, la cual debe estar acorde con la normatividad de archivo documental vigente.
14. Hacer entrega al Supervisor de un informe mensual según línea técnica definida por el líder de la DSAN, correspondiente a las actividades desarrolladas, en cumplimiento del objeto contractual con los respectivos soportes en medio magnético y físico.
15. Realizar un informe final correspondiente al consolidado de las actividades desarrolladas, en cumplimiento del objeto contractual con los soportes respectivos en medio magnético de acuerdo con las directrices registradas en el plan de acción.

1. Realizar plan de trabajo y cronograma de actividades de la totalidad de obligaciones del contrato, bajo la orientación del supervisor, el cual se debe entregar durante los siguientes cinco (5) días hábiles a la firma del acta de inicio al supervisor. Se da cumplimiento del plan de trabajo y cronograma establecido y entregado al supervisor del contrato Medios de Verificación: Plan de trabajo (Carpeta Nº 1) 2. Realizar cronograma de actividades y seguimiento al plan de trabajo de forma mensual. En los 3 primeros días del mes se debe entregar al supervisor el cronograma proyectado y al radicar la cuenta del mes entregar el cronograma ejecutado junto al seguimiento al plan de trabajo. Si se llegan a presentar cambios en el cronograma proyectado al inicio de mes, se debe informar al supervisor dichos cambios a través de correo electrónico. Se entrega cronograma de proyección y ejecutado mensualmente y corte final al 3 de Junio de 2024, con seguimiento al plan de trabajo de forma mensual. Medios de Verificación: Cronograma (Carpeta Nº 2) 3. Participar en el 100% de las sesiones de inducción a la ejecución de las actividades del área de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Se realizo asistencia inducción día 4 de marzo de 2024 Medios de Verificación: Cronograma (Carpeta Nº 3) 4. Realizar asistencia técnica para el mantenimiento de la estrategia IAMII en las 17 ESES certificadas, se deberá verificar información en SAMI, revisión de 4 historias clínicas y demás documentos que muestren el mantenimiento de la Estrategia, y capacitación si se requiere, se deben diligenciar las matrices de evaluación elaboradas por la DSAN y solicitar la generación de plan de mejoramiento en caso de ser necesario y su respectivo Durante el periodo del contrato se visitaron las 17 ESES certificadas Nemocón, Gacheta, Pacho, Chocontá, Samaritana Bogotá, ESE Municipal de Soacha, El colegio, La Mesa, Tocaima, Faca, Fusa, Viota, La Vega, Sopo, Mosquera, Caqueza y Arbelaez. Se realizo segundo monitoreo en algunas de las ESES: Viota Elaboración y aprobación material educativo, Sopo seguimiento plan de Medios de Verificación: informes y listados de asistencia técnica (Carpeta Nº 4) seguimiento. Durante el contrato se debe garantizar al menos una (1) visita a cada ESE, choque monitoreo, Fusa seguimiento plan de choque, Faca seguimiento plan de choque. 5. Realizar una (1) jornada de socialización y orientación frente a la implementación de la Estrategia IAMII articulada a las RIAS, dirigida a los Hospitales y municipios priorizados. Esta jornada debe realizarse durante el primer mes de ejecución del contrato. Esta actividad se reprograma según reunión con supervisora el día 4 de marzo de 2024 debido a que se debe priorizar dos asistencias técnicas para el seguimiento al plan de choque estrategia IAMI, en las sedes hospitalarias unidad funcional de Zipaquirá y Hospital regional Zipaquirá Samaritana para definir procesos de certificación en el mes de marzo por tanto la actividad inicialmente planteada no se realiza. N.A 6. Realizar 2 asistencia técnica para la implementación de la Estrategia IAMII en la ESE Hospital Mario Gaitan Yanguas de Soacha, para el desarrollo de acciones tales como: capacitación, asesoría, acompañamiento técnico, revisión de 4 historias clínicas y las demás que se requieran para la implementación de las acciones del lineamiento IAMII, la Resolución 2465/16 y la Resolución 3280/18, el diligenciamiento de las matrices de evaluación elaboradas por la DSAN y la generación de plan de mejoramiento en caso de ser necesario y su respectivo seguimiento. Se realiza dos seguimiento s en campo y un seguimiento virtual al plan de acción IAMII. Medios de Verificación: informe y listados de asistencia técnica (Carpeta Nº 6) 7. Realizar una (1) capacitación presencial para el fortalecimiento y seguimiento al Programa Madre Canguro en lactancia materna, en cada uno de los Hospitales San Rafael de Facatativá, San Rafael de Fusagasugá, Samaritana Bogotá, UF y Regional Zipaquirá. Se realizo convocatoria mes abril y se realiza actividad en el mes de mayo en cada sede de los hospitales asignados. Medios de Verificación: (Carpeta Nº 7) 8. Participar y apoyar la organización de la Mesa Departamental de trabajo con las EAPB para

el seguimiento a la malnutrición. Se asiste según cronograma de reunión en el mes de abril y mayo. Medios de Verificación: (Carpeta Nº 8) 9. Participar en el 100% de las Unidades de Análisis de mortalidad por o asociada a DNT. Participar en la reunión previa a la UA se debe realizar reunión de análisis de HC, documentos, informe de visita domiciliaria con las referentes de la DSAN que asistirán a la UA. En el periodo no se realiza unidad de análisis. N/A 10. Apoyar las actividades técnicas del área de Seguridad Alimentaria y Nutricional como convocatorias, organización de eventos, diseño de material de información Educación y Comunicación, elaboración y presentación de informes y documentos, respuesta a requerimientos, participación en reuniones en representación del área y las que se requieran según necesidades. En los meses del contrato se asiste a reuniones convocadas en la Dimensión con EAPBS. Medios de Verificación: Acta y lista de asistencia (Carpeta Nº 10) 11. Participar en las reuniones convocadas por la Dirección de Salud Pública y/o el área de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Se participa en reunión convocada por supervisora y líder Dimensión SAN. Medios de Verificación: acta y listado de asistencia (Carpeta Nº 11) 12. Responder y brindar oportunamente la información requerida y cumplir con las demás actividades que designe el supervisor del contrato en los temas relacionados con el objeto contractual y con las acciones de gestión de la salud pública. En los meses de marzo a tres días de junio se realiza y ejecuta acciones designadas en el contrato se presenta culminación del plan de trabajo, cronograma ejecutado e informe actividades. Medios de Verificación: Cronograma ejecutado, plan de trabajo e informe mensual (Carpeta Nº 12) 13. Mantener actualizado y de forma mensual el archivo tanto en medio físico como magnético, correspondiente a la documentación gestionada como resultado del contrato, la cual debe estar acorde con la normatividad de archivo documental vigente. Se entrega informe organizado para el cada mes según actividades ejecutados. Medios de Verificación: informe mes marzo, abril y mayo de 2024 (Carpeta Nº 13) 14. Hacer entrega al Supervisor de un informe mensual según línea técnica definida por el líder de la DSAN, correspondiente a las actividades desarrolladas, en cumplimiento del objeto contractual con los respectivos soportes en medio magnético y físico. Para el mes de marzo, abril, mayo y tres días de junio, se realizó envío de información de actividades realizadas asistencia técnica a cada correo de los hospitales con copia al supervisor. Medios de Verificación: Informes enviados soportes de evidencias de Correo enviados, (Carpeta Nº 14) 15. Realizar un informe final correspondiente al consolidado de las actividades desarrolladas, en cumplimiento del objeto contractual con los soportes respectivos en medio magnético de acuerdo con las directrices registradas en el plan de acción. Se hace entrega de archivo en magnético informe y productos según actividades realizadas desde el cuatro de marzo a tres días de junio de 2024. Medios de Verificación: informe final 04 marzo a junio 3 de 2024 (Carpeta Nº 15)

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

DOCUMENTO DE PAGO	FECHA	VALOR
3300134770	30.04.2024	$5,921,515
3300138085	17.06.2024	$6,579,461

Ninguna

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO O CONVENIO (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor inicial del Contrato /	$19.738.383	
Valor Adición	$0	
Valor Ejecutado		$12.500.976
Saldo a favor del Contratista		$7.237.407
Saldo a favor de la Entidad		$0
Sumas iguales	$19.738.383	$19.738.383

5. RENDIMIENTOS FINANCIEROS (ESTE PUNTO SOLO APLICA PARA EL INFORME FINAL DE SUPERVISION)

6. RESPONSABLE DEL CIERRE DEL EXPEDIENTE DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN (ESTE PUNTO SOLO APLICA EN LOS CASOS DE OBLIGACIONES POSTERIORES A LA LIQUIDACIÓN)

NO APLICA

7. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Ninguna

10/07/24

MONICA MILENA SANDOVAL TORRES
Profesional universitario

INFORME DE ACTIVIDADES

DIRECCIÓN: SALUD PUBLICA	CONTRATO No.SS- CPS-108 de 2024	PERIODO DEL CONTRATO: 3 Fecha de Inicio: 04 DE MARZO DE 2024 Fecha de Terminación: 3/06/2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARITZA VELASQUEZ CUBILLOS		PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 MESES
NOMBRE DEL SUPERVISOR: MONICA MILENA SANDOVAL TORRES		PERIODO DEL INFORME: 01 DE MAYO AL 3 DE JUNIO DE 2024
OBJETO DEL CONTRATO: "PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE LA GESTIÓN DE LA SALUD PUBLICA EN EL ÁREA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA IAMII Y RIAS, EN LOS MUNICIPIOS Y ESES DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA"		

OBLIGACIONES (Las estipuladas como especificas en la minuta del contrato)	ACTIVIDADES (Desarrolladas en el mes referente a la obligación)	PRODUCTOS (Con respecto a la actividad desarrollada.)
1. Realizar plan de trabajo y cronograma de actividades de la totalidad de obligaciones del contrato, bajo la orientación del supervisor, el cual se debe entregar durante los siguientes cinco (5) días hábiles a la firma del acta de inicio al supervisor.	Se da cumplimiento del plan de trabajo y cronograma establecido y entregado al supervisor del contrato	Medios de Verificación: Plan de trabajo (Carpeta N° 1)
2. Realizar cronograma de actividades y seguimiento al plan de trabajo de forma mensual. En los 3 primeros días del mes se debe entregar al supervisor el cronograma proyectado y al radicar la cuenta del mes entregar el cronograma ejecutado junto al seguimiento al plan de trabajo. Si se llegan a presentar cambios en el cronograma proyectado al inicio de mes, se debe informar al supervisor dichos cambios a través de correo electrónico.	Se entrega cronograma de proyección y ejecutado del primer corte correspondiente al periodo del 1 de mayo al 3 de Junio de 2024	Medios de Verificación: Cronograma (Carpeta N° 2)
3. Participar en el 100% de las sesiones de inducción a la ejecución de las actividades del área de Seguridad Alimentaria y Nutricional.	Se realizo asistencia inducción día 4 de marzo de 2024	N.A
4. Realizar asistencia técnica para el mantenimiento de la estrategia IAMII en las 17 ESES certificadas, se deberá verificar información en SAMI, revisión de 4 historias clínicas y demás documentos que muestren el mantenimiento de la Estrategia, y capacitación si se requiere, se deben diligenciar las matrices de evaluación elaboradas por la DSAN y solicitar la generación de plan de mejoramiento en caso de ser necesario y su respectivo	Faca, Fusa, Viota, La Vega, Sopo, Mosquera y Caqueza.	Medios de Verificación: informes y listados de asistencia técnica (Carpeta N° 4)

seguimiento. Durante el contrato se debe garantizar al menos una (1) visita a cada ESE.		
5. Realizar una (1) jornada de socialización y orientación frente a la implementación de la Estrategia IAMII articulada a las RIAS, dirigida a los Hospitales y municipios priorizados. Esta jornada debe realizarse durante el primer mes de ejecución del contrato.	Esta actividad se reprograma según reunión con supervisora el día 4 de marzo de 2024 debido a que se debe priorizar dos asistencias técnicas para el seguimiento al plan de choque estrategia IAMI, en las sedes hospitalarias unidad funcional de Zipaquirá y Hospital regional Zipaquirá Samaritana para definir procesos de certificación en el mes de marzo por tanto la actividad inicialmente planteada no se realiza.	N.A
6. Realizar 2 asistencia técnica para la implementación de la Estrategia IAMII en la ESE Hospital Mario Gaitan Yanguas de Soacha, para el desarrollo de acciones tales como: capacitación, asesoría, acompañamiento técnico, revisión de 4 historias clínicas y las demás que se requieran para la implementación de las acciones del lineamiento IAMII, la Resolución 2465/16 y la Resolución 3280/18, el diligenciamiento de las matrices de evaluación elaboradas por la DSAN y la generación de plan de mejoramiento en caso de ser necesario y su respectivo seguimiento.	Se realiza seguimiento plan de acción IAMII.	Medios de Verificación: informe y listados de asistencia técnica (Carpeta Nº 6)
7. Realizar una (1) capacitación presencial para el fortalecimiento y seguimiento al Programa Madre Canguro en lactancia materna, en cada uno de los Hospitales San Rafael de Facatativá, San Rafael de Fusagasugá, Samaritana Bogotá, UF y Regional Zipaquirá.	Se realizo convocatoria mes abril y se realiza actividad en el mes de mayo en cada sede de los hospitales asignados.	Medios de Verificación: (Carpeta Nº 7)
8. Participar y apoyar la organización de la Mesa Departamental de trabajo con las EAPB para el seguimiento a la malnutrición.	Se asiste según cronograma de reunión en el mes de mayo.	Medios de Verificación: (Carpeta Nº 8)
9. Participar en el 100% de las Unidades de Análisis de mortalidad por o asociada a DNT. Participar en la reunión previa a la UA se debe realizar reunión de análisis de HC, documentos, informe de visita domiciliaria con las referentes de la DSAN que asistirán a la UA.	Para mayo no se realiza unidad de análisis.	N/A

10. Apoyar las actividades técnicas del área de Seguridad Alimentaria y Nutricional como convocatorias, organización de eventos, diseño de material de Información Educación y Comunicación, elaboración y presentación de informes y documentos, respuesta a requerimientos, participación en reuniones en representación del área y las que se requieran según necesidades.	En el mes de mayo se asiste a reuniones convocadas en la Dimensión con EAPBS.	Medios de Verificación: Acta y lista de asistencia (Carpeta Nº 10)
11. Participar en las reuniones convocadas por la Dirección de Salud Pública y/o el área de Seguridad Alimentaria y Nutricional.	Se participa en reunión convocada por supervisora y líder Dimensión SAN.	Medios de Verificación: acta y listado de asistencia (Carpeta Nº 11)
12. Responder y brindar oportunamente la información requerida y cumplir con las demás actividades que designe el supervisor del contrato en los temas relacionados con el objeto contractual y con las acciones de gestión de la salud pública.	En el mes de mayo se realiza y ejecuta acciones designadas en el contrato se presenta culminación del plan de trabajo, cronograma ejecutado e informe actividades.	Medios de Verificación: Cronograma ejecutado, plan de trabajo e informe mensual (Carpeta Nº 12)
13. Mantener actualizado y de forma mensual el archivo tanto en medio físico como magnético, correspondiente a la documentación gestionada como resultado del contrato, la cual debe estar acorde con la normatividad de archivo documental vigente.	Se entrega informe organizado para el mes de mayo según actividades ejecutados.	Medios de Verificación: informe mes mayo de 2024 (Carpeta Nº 13)
14. Hacer entrega al Supervisor de un informe mensual según línea técnica definida por el líder de la DSAN, correspondiente a las actividades desarrolladas, en cumplimiento del objeto contractual con los respectivos soportes en medio magnético y físico.	Para el mes de mayo se realizó envío de información de actividades realizadas asistencia técnica a cada correo de los hospitales con copia al supervisor.	Medios de Verificación: Informes enviados soportes de evidencias de Correo enviados, (Carpeta Nº 14)
15. Realizar un informe final correspondiente al consolidado de las actividades desarrolladas, en cumplimiento del objeto contractual con los soportes respectivos en medio magnético de acuerdo con las directrices registradas en el plan de acción.	Se hace entrega de archivo en magnético informe y productos según actividades realizadas en el mes de marzo a tres días de junio de 2024.	Medios de Verificación: informe final 04 marzo a junio 3 de 2024 (Carpeta Nº 15)

CONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS: MARITZA VELASQUEZ CUBILLOS
	FIRMA: Maritza Velásquez C
	No. CEDULA: 52808968 DE BOGOTA

INFORME DE ACTIVIDADES

DIRECCIÓN: SALUD PUBLICA	CONTRATO No.SS- CPS-108 de 2024	PERIODO DEL CONTRATO: 3 Fecha de Inicio: 04 DE MARZO DE 2024 Fecha de Terminación: 3/06/2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARITZA VELASQUEZ CUBILLOS		PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 MESES
NOMBRE DEL SUPERVISOR: MONICA MILENA SANDOVAL TORRES		PERIODO DEL INFORME: 04 DE MARZO AL 3 DE JUNIO DE 2024
OBJETO DEL CONTRATO: "PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE LA GESTIÓN DE LA SALUD PUBLICA EN EL ÁREA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA IAMII Y RIAS, EN LOS MUNICIPIOS Y ESES DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA"		

OBLIGACIONES (Las estipuladas como especificas en la minuta del contrato)	ACTIVIDADES (Desarrolladas en el mes referente a la obligación)	PRODUCTOS (Con respecto a la actividad desarrollada.)
1. Realizar plan de trabajo y cronograma de actividades de la totalidad de obligaciones del contrato, bajo la orientación del supervisor, el cual se debe entregar durante los siguientes cinco (5) días hábiles a la firma del acta de inicio al supervisor.	Se da cumplimiento del plan de trabajo y cronograma establecido y entregado al supervisor del contrato	Medios de Verificación: Plan de trabajo (Carpeta Nº 1)
2. Realizar cronograma de actividades y seguimiento al plan de trabajo de forma mensual. En los 3 primeros días del mes se debe entregar al supervisor el cronograma proyectado y al radicar la cuenta del mes entregar el cronograma ejecutado junto al seguimiento al plan de trabajo. Si se llegan a presentar cambios en el cronograma proyectado al inicio de mes, se debe informar al supervisor dichos cambios a través de correo electrónico.	Se entrega cronograma de proyección y ejecutado mensualmente y corte final al 3 de Junio de 2024, con seguimiento al plan de trabajo de forma mensual.	Medios de Verificación: Cronograma (Carpeta Nº 2)
3. Participar en el 100% de las sesiones de inducción a la ejecución de las actividades del área de Seguridad Alimentaria y Nutricional.	Se realizo asistencia inducción día 4 de marzo de 2024	Medios de Verificación: Cronograma (Carpeta Nº 3)
4. Realizar asistencia técnica para el mantenimiento de la estrategia IAMII en las 17 ESES certificadas, se deberá verificar información en SAMI, revisión de 4 historias clínicas y demás documentos que muestren el mantenimiento de la Estrategia, y capacitación si se requiere, se deben diligenciar las matrices de evaluación elaboradas por la DSAN y solicitar la generación de plan de mejoramiento en caso de ser necesario y su respectivo	Durante el periodo del contrato se visitaron las 17 ESES certificadas Nemocón, Gacheta, Pacho, Chocontá, Samaritana Bogotá, ESE Municipal de Soacha, El colegio, La Mesa, Tocaima, Faca, Fusa, Viota, La Vega, Sopo, Mosquera, Caqueza y Arbelaez. Se realizo segundo monitoreo en algunas de las ESES: Viota Elaboración y aprobación material educativo, Sopo seguimiento plan de	Medios de Verificación: informes y listados de asistencia técnica (Carpeta Nº 4)

seguimiento. Durante el contrato se debe garantizar al menos una (1) visita a cada ESE.	choque monitoreo, Fusa seguimiento plan de choque, Faca seguimiento plan de choque.	
5. Realizar una (1) jornada de socialización y orientación frente a la implementación de la Estrategia IAMII articulada a las RIAS, dirigida a los Hospitales y municipios priorizados. Esta jornada debe realizarse durante el primer mes de ejecución del contrato.	Esta actividad se reprograma según reunión con supervisora el día 4 de marzo de 2024 debido a que se debe priorizar dos asistencias técnicas para el seguimiento al plan de choque estrategia IAMI, en las sedes hospitalarias unidad funcional de Zipaquirá y Hospital regional Zipaquirá Samaritana para definir procesos de certificación en el mes de marzo por tanto la actividad inicialmente planteada no se realiza.	N.A
6. Realizar 2 asistencia técnica para la implementación de la Estrategia IAMII en la ESE Hospital Mario Gaitan Yanguas de Soacha, para el desarrollo de acciones tales como: capacitación, asesoría, acompañamiento técnico, revisión de 4 historias clínicas y las demás que se requieran para la implementación de las acciones del lineamiento IAMII, la Resolución 2465/16 y la Resolución 3280/18, el diligenciamiento de las matrices de evaluación elaboradas por la DSAN y la generación de plan de mejoramiento en caso de ser necesario y su respectivo seguimiento.	Se realiza dos seguimiento s en campo y un seguimiento virtual al plan de acción IAMII.	Medios de Verificación: informe y listados de asistencia técnica (Carpeta Nº 6)
7. Realizar una (1) capacitación presencial para el fortalecimiento y seguimiento al Programa Madre Canguro en lactancia materna, en cada uno de los Hospitales San Rafael de Facatativá, San Rafael de Fusagasugá, Samaritana Bogotá, UF y Regional Zipaquirá.	Se realizo convocatoria mes abril y se realiza actividad en el mes de mayo en cada sede de los hospitales asignados.	Medios de Verificación: (Carpeta Nº 7)
8. Participar y apoyar la organización de la Mesa Departamental de trabajo con las EAPB para el seguimiento a la malnutrición.	Se asiste según cronograma de reunión en el mes de abril y mayo.	Medios de Verificación: (Carpeta Nº 8)
9. Participar en el 100% de las Unidades de Análisis de mortalidad por o asociada a DNT. Participar en la reunión previa a la UA se debe realizar reunión de análisis de HC, documentos, informe de visita domiciliaria con las referentes de la DSAN que asistirán a la UA.	En el periodo no se realiza unidad de análisis.	N/A

10. Apoyar las actividades técnicas del área de Seguridad Alimentaria y Nutricional como convocatorias, organización de eventos, diseño de material de Información Educación y Comunicación, elaboración y presentación de informes y documentos, respuesta a requerimientos, participación en reuniones en representación del área y las que se requieran según necesidades.	En los meses del contrato se asiste a reuniones convocadas en la Dimensión con EAPBS.	Medios de Verificación: Acta y lista de asistencia (Carpeta N° 10)
11. Participar en las reuniones convocadas por la Dirección de Salud Pública y/o el área de Seguridad Alimentaria y Nutricional.	Se participa en reunión convocada por supervisora y líder Dimensión SAN.	Medios de Verificación: acta y listado de asistencia (Carpeta N° 11)
12. Responder y brindar oportunamente la información requerida y cumplir con las demás actividades que designe el supervisor del contrato en los temas relacionados con el objeto contractual y con las acciones de gestión de la salud pública.	En los meses de marzo a tres días de junio se realiza y ejecuta acciones designadas en el contrato se presenta culminación del plan de trabajo, cronograma ejecutado e informe actividades.	Medios de Verificación: Cronograma ejecutado, plan de trabajo e informe mensual (Carpeta N° 12)
13. Mantener actualizado y de forma mensual el archivo tanto en medio físico como magnético, correspondiente a la documentación gestionada como resultado del contrato, la cual debe estar acorde con la normatividad de archivo documental vigente.	Se entrega informe organizado para el cada mes según actividades ejecutados.	Medios de Verificación: informe mes marzo, abril y mayo de 2024 (Carpeta N° 13)
14. Hacer entrega al Supervisor de un informe mensual según línea técnica definida por el líder de la DSAN, correspondiente a las actividades desarrolladas, en cumplimiento del objeto contractual con los respectivos soportes en medio magnético y físico.	Para el mes de marzo, abril, mayo y tres días de junio, se realizó envío de información de actividades realizadas asistencia técnica a cada correo de los hospitales con copia al supervisor.	Medios de Verificación: Informes enviados soportes de evidencias de Correo enviados, (Carpeta N° 14)
15. Realizar un informe final correspondiente al consolidado de las actividades desarrolladas, en cumplimiento del objeto contractual con los soportes respectivos en medio magnético de acuerdo con las directrices registradas en el plan de acción.	Se hace entrega de archivo en magnético informe y productos según actividades realizadas desde el cuatro de marzo a tres días de junio de 2024.	Medios de Verificación: informe final 04 marzo a junio 3 de 2024 (Carpeta N° 15)

CONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS: MARITZA VELASQUEZ CUBILLOS
	FIRMA: 
	No. CEDULA: 52808968 DE BOGOTA

Gobernación de Cundinamarca

PROMOCION DEL DESARROLLO DE SALUD

Documentos para pago final de contratista
Secretaria de Salud de Cundinamarca

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Maritza Edelmira Velásquez Cubillos –SS-CPS-108-2024
CEDULA DE CIUDADANIA: 52.808.968
SECRETARIA: De Salud
DEPENDENCIA: Dirección de Salud Pública – Subdirección Gestión de Acciones en Salud Publica

Descripción	Fecha de Entrega	Dependencia que Recibe	Nombre y Cargo de Supervisor	Firma de Supervisor
Documentos a Cargo: (El Funcionario debe realizar la entrega de toda la documentación e informes a cargo y dejar acta soporte en Ia dependencia) Archivo, clave de computador, cuando aplique.	10 de Julio de 2024	Salud Pública Subdirección Gestión de Acciones en Salud	Mónica Milena Sandoval Profesional Especializada	Mónica S.
Archivo en medio magnético, de acuerdo a las obligaciones contractuales.	10 de Julio de 2024	Salud Pública Subdirección de Gestión de Acciones en Salud	Mónica Milena Sandoval Profesional Especializada	Mónica S.
Archivo en medio fisico. Cuando aplique	10 de Julio de 2024	Salud Pública Subdirección de Gestión de Acciones en Salud	P Mónica Milena Sandoval profesional Especializada	Mónica S.
Bienes e Inventarios: (El Contratista tendrá que realizar la entrega de todos los bienes a su cargo al Director u Oficina a la cual pertenece	10 de Julio de 2024	Salud Pública Subdirección de Gestión de Acciones en Salud	Mónica Milena Sandoval Profesional Especializada	Mónica S.
Descripción	**Fecha de Entrega**	**Dependencia que Recibe (DAF)**	**Nombre y Cargo del funcionario**	**Firma del funcionario**
Expediente contractual (carpeta con todos los informes)		Archivo Daf.	Jinneth Ruiz.	P/P Nidia B.
Observaciones:				

Maritza Velasquez C.
FIRMA CONTRATISTA

Gobernación de CUNDINAMARCA	GESTIÓN CONTRACTUAL	Código: A-GC-FR-012
		Versión: 05
	EVALUACIÓN DE PROVEEDORES	Fecha Aprobación: 20/10/2023

Secretaria y/o unidad responsable	Salud	Objeto del contrato	Fecha de evaluacion
Nombre del contratista	Maritza Edelmira Velasquez	"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DESDE LA GESTIÓN DE LA SALUD PUBLICA EN EL ÁREA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL, PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA IAMII Y RIAS, EN LOS MUNICIPIOS Y ESES DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA".	8 DE JULIO DE 2024
Tipo de Convenio y/o Contrato	Prestacion de Servicios		
No Convenio y/o Contrato	SS-CPS-108-2024		

A Puntos por Criterio	Caracteristica	Criterio	B Nomenclatura	C Calificación del Servicio Prestado	Total por Criterio
35	Cumplimiento	No cumple con los plazos, ni el objeto establecido contractualmente	0	0	35
		Cumple con el objeto por fuera de los plazos establecidos	1		
		Ocasionalmente se atrasa, sin perjudicar el objeto contractual.	2		
		Cumple con las obligaciones contraídas en el contrati dentro de los plazos establecidos	3		
35	Suministro y entrega de información.	No suministra la información solicitada	0	0	35
		Entrega información incompleta y se le debe solicitar ajuste en la información	1		
		Entrega información completa y se le debe solicitar ajuste en la información	2		
		Suministra información solicitada dentro de los plazos, si tiene a cargo sistemas de información de la entidad los entrega completamente gestionados	3		
30	Cumplimiento del objeto y las obligaciones derivadas del mismo	El contratista presentó inconformidades graves en la calidad y cumplimiento de especificaciones técnicas exigidas o las obligaciones pactadas ocasionando incumplimiento del contrato y dando lugar a la aplicación de garantías o requerimientos constantes	0	0	30
		El contratista desarrollo el objeto contractual despues de varios requerimientos y entregó las actividaes despues de solicitar a la entidad ampliación de plazos	1		
		El contratista cumplió con los requisitos y especificaciones técnicas establecidas para el bien y/o servicio adquirido.	2		
		El contratista supera las expectativas y desarrolla el objeto contractual con responsabilidad, compromiso y cumpliendo a cabalidad con las especificaciones técnicas establecidas para el bien y/o servicio contratado	3		

PUNTAJE OBTENIDO POR EL CONTRATISTA	100
CLASIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	A: Notable

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL PUNTAJE OBTENIDO		
NIVEL	PUNTAJE	
A: Notable	Mayor que 89	Felicitaciones! Ah logrado un nivel notable que permite asegurar la satisfacción del producto o servicio prestado.
B: Confiable	Entre 71 y 89	Su desempeño se encuentra dentro de los niveles esperados, lo invitamos a mantener y mejorar sus actividades para ascender al nivel notable.
C: Riesgo	Entre 50 y 70	Es muy importante vigilar las condiciones de trabajo y las caracteristicas a asegurar para evitar el deterioro de los resultados. Este resultado se debe tener en cuenta para futuras contrataciones
D: Critico	Menor que 50	Es muy importante vigilar las condiciones de trabajo y las caracteristicas a asegurar para evitar el deterioro de los resultados. Este resultado se debe tener en cuenta para futuras contrataciones
		No es confiable la contratación realizada, se deben ejecutar las acciones contractuales correspondientes, y validar la necesidad garantizar el producto o servicio contratado.

Firma de Supervisor o Interventor (Según el caso)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52808968		VELASQUEZ CUBILLOS MARITZA COELIAZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 153 # 94 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	638961435	9456393276	1	2024/05/17	2024/05/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$763,900

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
[illegible]					[illegible]	[illegible]				[illegible]	[illegible]			$0	$0			[illegible]	$0		$0	$0
Centro de Trabajo; PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,631,784	$421,100				$2,631,784	$329,000			$0	$0			$2,631,784	$13,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,631,784	$421,100				$2,631,784	$329,000			$0	$0			$2,631,784	$13,800		$0	$0
1	CC	52808968	VELASQUEZ MARITZA	EXT001	30	$2,631,784	$421,100	EPS017	30	$2,631,784	$329,000		0	$0	$0	44-11	30	$2,631,784	$13,800	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)					$2,631,784	$421,100			$2,631,784	$329,000			$0	$0			$2,631,784	$13,800		$0	$0

2024/05/14 10:01 PM

aportes 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 52602964		VELASQUEZ CUBILLOS MARITZA DELMIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 153 # 94 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	612961435	9466393876	I	2024/05/13	2024/05/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$763,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$421,100	$0	$0	$421,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$421,100	$0	$0	$421,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,800	$0	$0	$13,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$13,800	$0	$0	$13,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$329,000	$0	$0	$329,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$329,000	$0	$0	$329,000
TOTAL				1	$763,900	$0	$0	$763,900

2024/05/14 10:01 PM

aportes 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 52808968		VELASQUEZ CUBILLOS MARITZA EDELMIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 153 # 94 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	710611530	9468610798	I	2024/06/19	2024/06/17	BANCO DAVIVIENDA	0	$763,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,631,784	$421,100			$2,631,784	$329,000			$0	$0			$2,631,784	$13,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,631,784	$421,100			$2,631,784	$329,000			$0	$0			$2,631,784	$13,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,631,784	$421,100			$2,631,784	$329,000			$0	$0			$2,631,784	$13,800		$0	$0
1	CC 52808968	VELASQUEZ MARITZA	230301	30	$2,631,784	$421,100	EPS017	30	$2,631,784	$329,000		0	$0	$0	14-11	30	$2,631,784	$13,800	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,631,784	$421,100			$2,631,784	$329,000			$0	$0			$2,631,784	$13,800		$0	$0

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2024/06/17 10:51 AM

aportes 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 52808968		VELASQUEZ CUBILLOS MARITZA EDELMIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 153 # 94 51	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	710611530	9468610798	I	2024/06/19	2024/06/17	BANCO DAVIVIENDA	0	$763,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$421,100	$0	$0	$421,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$421,100	$0	$0	$421,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,800	$0	$0	$13,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$13,800	$0	$0	$13,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$329,000	$0	$0	$329,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$329,000	$0	$0	$329,000
TOTAL				1	$763,900	$0	$0	$763,900

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que MARITZA EDELMIRA VELASQUEZ CUBILLOS identificado(a) con CC 52808968 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: VELASQUEZ CUBILLOS MARITZA EDELMIRA CC 52808968

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9468610798	710611530	I	2024-06-17	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30																	
9468610798	710611530	I	2024-06-17	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30																	
9468610798	710611530	I	2024-06-17	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30																	
9466393876	638961435	I	2024-05-15	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-04	30																	
9466393876	638961435	I	2024-05-15	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-04	30																	
9466393876	638961435	I	2024-05-15	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-04	30																	
9464986170	579963473	I	2024-04-16	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-03	30																	
9464986170	579963473	I	2024-04-16	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-03	30																	
9464986170	579963473	I	2024-04-16	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-03	30																	
9463798907	486069695	I	2024-03-01	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-02	30							X										
9463798907	486069695	I	2024-03-01	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-02	30							X										
9463798907	486069695	I	2024-03-01	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-02	30							X										
9462254301	450486886	I	2024-02-12	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-01	30							X										
9462254301	450486886	I	2024-02-12	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-01	30							X										
9462254301	450486886	I	2024-02-12	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-01	30							X										

Este certificado se expide el día 2024-07-18 a las 14:07.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,

14/02/2024

A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **MARITZA EDELMIRA VELASQUEZ CUBILLOS** con **Cédula de Ciudadanía** número **52808968**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**004870282946**
Fecha de apertura	**22/10/2008**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7

59

Gobernación de CUNDINAMARCA	GESTIÓN FINANCIERA	Código: A-GF-FR- 025
	Información General y Tributaria de Terceros	Versión: 4
		Fecha: 31/enero/2023

SECRETARÍA: SALUD | CREACIÓN: [X] | AÑO: 2024

INFORMACION GENERAL

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: MARITZA EDELMIRA VELASQUEZ CUBILLOS

IDENTIFICACIÓN: NIT [ ] X [ ] CE [ ] TI [ ] No 52809968 D.V. 2

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: MARITZA EDELMIRA VELASQUEZ CUBILLOS

DIRECCIÓN PRINCIPAL: CALLE 153 N° 94-51 CASA 24

CIUDAD: BOGOTA

TELEFONO: G 0 3003416015 (Indicativo)

EMAIL: marvecu81@hotmail.com

INFORMACION TRIBUTARIA

PERSONA: JURÍDICA [ ] NATURAL [X] GUBERNAMENTAL [ ]

NATURALEZA: PÚBLICA [ ] PRIVADA [X] MIXTA [ ] OTRA [ ] CUAL [ ]

RÉGIMEN TRIBUTARIO IVA: COMÚN [ ] SIMPLIFICADO [X] EXENTO [ ] NO RESPONSABLE [ ] OTRO [ ]

CALIDAD DEL CONTRIBUYENTE: AUTORRETENEDOR [ ] GRAN CONTRIBUYENTE [ ] OTRO [ ] ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO [ ]

ACTIVIDAD ECONÓMICA: 8692 - 1

TARIFA RETEICA: 9,6 X 1000

Marivec V.

FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

HUELLA

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GUN

Para diligenciar este formato favor leer el anexo

RAMO

ACOM	[ ]	ACRR	[ ]	AMIX	[ ]	ANOM	[ ]	ARPA	[ ]	ASER	[X]	EMPD	[ ]
EMPL	[ ]	EPS	[ ]	ETNA	[ ]	ETPD	[ ]	FINA	[ ]	MUCI	[ ]	TRIB	[ ]

CUENTA ASOCIADA: 2470-0000

RAMO

ACOM	ADQUISICIÓN BIENES	ASER	ADQUISICIÓN SERVICIOS	ETPD	ENT. DEPARTAMENTALES
ACRR	ACREEDOR REGISTRO	EMPD	EMPLEADO DESCENTRALIZADO	FINA	FINANCIEROS
AMIX	ADQUISICIÓN MIXTOS	EMPL	EMPLEADO FUNCIONARIO	MUCI	ENT. MUNICIPALES
ANOM	ACREEDORES NÓMINA	EPS	SEGURIDAD SOCIAL	TRIB	TRIBUNALES
ARPA	RIESGOS PROFESIONALES	ETNA	ENT. NACIONALES		

Anexar los siguientes Documentos

1. Fotocopia Documento de Identidad
2. Fotocopia del RUT expedido por la DIAN
3. Fotocopia del RUP expedido por la CAMARA DE COMERCIO (CUANDO APLIQUE)
4. Fotocopia de las Resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autoretención de IVA, ICA (CUANDO APLIQUE)
5. Fotocopia Certificación Bancaria Activa

Las fotocopias deben estar totalmente legibles

60

Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN FINANCIERA	Código: A-GF-FR-026
	Actualización de Datos de Terceros	Versión: 5
		Fecha: 31/enero/2023

SECRETARÍA: SALUD MODIFICACIÓN: [ ] AÑO: 2024

CONTRATO/OPS: [ ] CONTRATO 2024 AÑO CONVENIO: [ ] CONVENIO [ ] AÑO

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO (La cuenta bancaria debe ser de la persona natural o jurídica con quien se adquirió la obligación contractual)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: MARITZA EDELMIRA VELASQUEZ CUBILLOS

IDENTIFICACIÓN: NIT [ ] CC [X] CE [ ] No: 52.808.968 D.V. 2

NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA: DAVIVIENDA

SUCURSAL: BOGOTA

CUENTA BANCARIA: AX [ ] C [X] NÚMERO: 004870282946

REPRESENTANTE LEGAL C.C. [ ] De: [ ]

TELÉFONO DE CONTACTO: 3003415015

Autorizamos al Departamento de Cundinamarca - Secretaría de Hacienda para consignar en nuestra cuenta antes mencionada.

Maritza V

FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

HUELLA

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

GRUPO DE TESORERÍA: K001 [X] K002 [ ] K003 [ ] K004 [ ] K005 [ ] K006 [ ] K007 [ ] K008 [ ]

TIPO DE PAGO:
A [ ] B [ ] C [ ] D [ ] E [ ] F [ ]
L [ ] T [ ] U [ ] V [ ] X [ ] Y [X]

NOTIFICACIONES DE RETENCIÓN
RETENCIÓN EN LA FUENTE:
RA01 [ ] RA02 [ ] RA03 [ ] RA04 [ ] RA05 [ ] RB01 [ ] RD01 [ ] RD02 [ ] RD03 [ ] RD04 [ ] RD05 [ ] RE01 [ ] RE02 [ ] RE03 [ ] RF01 [ ] RH01 [ ] RH02 [ ] RH03 [ ] RH07 [ ] RH18 [X]
RH19 [ ] RH20 [ ] RH21 [ ] RJ01 [ ] RJ02 [ ] RJ03 [ ] RJ04 [ ] RJ05 [ ] RJ06 [ ] RJ07 [ ] RJ08 [ ] RJ09 [ ] RJ10 [ ] RJ11 [ ] RJ19 [ ]
RK01 [ ] RK02 [ ] RK03 [ ] RK04 [ ] RK05 [ ] RK06 [ ] RQ01 [ ] UV01 [ ] UH01 [ ]

ICA:
IC01 [ ] IC02 [ ] IC03 [ ] IC04 [ ] IF01 [ ] IB01 [ ] IB02 [ ] IB03 [ ] IB04 [ ] IB05 [ ] IS01 [ ] IS02 [ ] IS03 [ ] IS04 [ ] IS05 [X] IS06 [ ] IS07 [ ] IS08 [ ] IZ01 [ ]

RETENCIÓN IVA: RT01 [ ]
RETENCIÓN IVA: RI05 [ ] RI06 [ ] RI07 [ ] RI08 [ ]
CONTRIBUCIÓN ESPECIAL: CC01 [ ] CC02 [ ] CE01 [ ]

ESTAMPILLA:
PC01 [ ] PD02 [ ] PH01 [ ] PE17 [ ] UC04 [ ] AM01 [ ]
OTRAS RETENCIONES: CR01 [ ]

GRUPO DE TESORERÍA

K001	K-Nacional	K-Acreedores bys nacionales	K005	K-EntFras	K-Entidades Financieras
K002	K-Extranjo	K-Acreedores bys extranjeros	K006	K-SegSoc	K-Seguridad Social
K003	K-Transfer	K-Transferencias	K007	K-ServPub	K-Servicios Públicos
K004	K-EmplyJob	K-Empleados y Jubilados	K008	K-DepTerc	K-Depósitos a favor de Tercero

CONDICIONES DE PAGO

A	Efectivo Educación	E	Efectivo Gcun-Central	U	Cheque Salud
B	Transferencia Educación	F	Cheque Gcun-Central	V	Efectivo Salud
C	Cheque Educación	L	Listado Gcun-Central	X	Listado Salud
D	Listado Educación	T	Transferencia Gcun-Central	Y	Transferencia Salud

PROCESADO POR: William Caldwin L FECHA: DÍA 28 MES 02 AÑO 2024

REVISADO POR:

Anexar los siguientes Documentos
1. Certificación expedida por la Entidad Bancaria, donde conste que la cuenta se encuentra activa

Bogotá, D.C., Julio 2 de 2024

Señores:
SECRETARIA DE SALUD
GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
E. S. M.

Asunto: Declaración Juramentada

Yo, MARITZA EDELMIRA VELASQUEZ CUBILLOS con cédula de ciudadanía No. 52.808.968 de BOGOTA, declaro bajo gravedad de juramento que:

- En mi calidad de contratista de la Secretaria de Salud de Cundinamarca que **SI** ____ **NO** __X__ tengo Contratos de Prestación de Servicios con otras entidades públicas o privadas.
- Igualmente declaro que pago los aportes Parafiscales correspondientes al valor total de todos los contratos vigentes a la fecha.

Lo anterior en respuesta a la circular interna No. 005 de fecha siete (7) de julio de 2016.

Cordialmente,

Maritza Velásquez C
MARITZA VELASQUEZ CUBILLOS
C. C. No. 52.808.968 expedida en BOGOTA

Señale con una X y complete

- ○ Certificar que su patrimonio a **diciembre 31 de 2023** fueron superiores a 4.500 UVT es decir **$190.854.000** de conformidad con el artículo 593 del Estatuto Tributario y DEC. 2972 de 2013 SI x____ NO __
- ○ Certificar que sus ingresos fiscales a **diciembre 31 de 2023** fueron superiores a 1.400 UVT es decir **$59.376.800** de conformidad con el artículo 593 del Estatuto Tributario y DEC. 2972 de 2013 SI __x__ NO __
- ○ Interés y corrección monetaria (vivienda y/o Leasing habitacional) $__NA____
- ○ Deducciones por salud por contratos de medicina prepagada o seguros de salud para el trabajador, su cónyuge, sus hijos o dependientes $ _____

10% de los ingresos por concepto de dependientes:

- ○ Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2024.** $ ____
- ○ Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural, se encuentre financiando su educación en instrucciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente (adjuntar certificado de educación con valor de matrícula **2024**). __N/A_
- ○ Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2024.** $__N/A _____
- ○ El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT , certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2024.** $__N/A _____
- ○ Los padres y los hermanos de contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por Contador Público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. **VALOR PROMEDIO MENSUAL 2024** $__ N/A _____

Relacione dependientes

Relacione dependientes

Nombres y Apellidos Completos	**Parentesco**
FLORENTINO VELASQUEZ	Padre
MARGARITA CUBILLOS	Madre

- ○ Deducción por aportes de salud de acuerdo con la Ley $ __329.000_____
- ○ Renta exenta por aportes obligatorios de pensiones de acuerdo con la Ley. $ __421.000___
- ○ Rentan exenta por aportes a AFC y/o FPV máximo el 30% del ingreso fiscal hasta 3.800 UVT $ 13.800

Tarifa de retención mayor según parágrafo 2 Artículo 384 E.T _____

Señale con una X su condición de declarante

DECLARANTE SI _X__ NO ____

Bajo gravedad de juramento manifiesto que todo lo señalo anteriormente es verdadero y para efecto firmo este documento.

FIRMA Maritza Velásquez

NOMBRES Y APELLIDOS ___MARITZA EDELMIRA VELASQUEZ CUBILLOS_____

CEDULA __52808968 BOGOTA____.

34

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14656386648

(415)7707212489984(8020) 000001465638664 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 2 8 0 8 9 6 8 | 6. DV 2

12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

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	5 2 8 0 8 9 6 8	1 9 9 9 0 6 0 2

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VELASQUEZ	CUBILLOS	MARITZA	EDELMIRA

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

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: CL 153 94 51

42. Correo electrónico: marvecu81@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
48. Código	47. Fecha inicio actividad	49. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 2 0 6 0 3	4 9 2 3	2 0 0 7 0 6 0 6	7 0 2 0	7 0 1 0		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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: 2019 - 09 - 03

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: VELASQUEZ CUBILLOS MARITZA EDELMIRA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 07-02-2024 06:46:31PM

COPIA SIN VALIDEZ
DOCUMENTO SIN VALIDEZ