Señores
**SECRETARÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**
Municipio de Acacías

**Ref.**: Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y/o Apoyo a la Gestión No. OCA-154-2024.

**OBJETO**: "*PRESTACION DE SERVICIOS DE HOGAR DE PASO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACION DE AMENAZA Y VULNERACION EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META".*

En mi condición de supervisor (a) del contrato señalado en la referencia, adjunto a la presente los documentos relacionados a continuación, para el trámite del **PAGO FINAL**; correspondiente al periodo del 01/10/2024 al 06/10/2024,

| No. | D O C U M E N T O | S I | N O | NA |
|---|---|---|---|---|
| **1.** | Informe y Acta de Pago | X | | |
| **2.** | Factura o documento equivalente, según corresponda (Cuando aplique) | | X | |
| **3.** | Pago de aportes a seguridad social, pensión y ARL (planilla correspondiente al IBC del contrato) | X | | |
| **4.** | Paz y salvo gestión documental – Control Doc (Pago final) | X | | |
| **5.** | Certificado Inventario Documental (Pago final) | X | | |
| **6.** | Acta de liquidación (Cuando aplique) | | | X |
| **7.** | Anexos, soportes y/o evidencias. Enumeradas (Cuando aplique) | X | | |
| **8.** | Copia del Rut (con fecha de expedición actual) | X | | |
| **9.** | Copia del Registro Presupuestal (Actualizado) | X | | |
| **10.** | Certificado de Cuenta Bancaria (Máximo un (1) mes de expedición) | X | | |

Nota1: Además de los presentes documentos deberá observarse los requerimientos adicionales inmersos en el Estudio Previo parte integral de cada contrato.

Nota2: El contratista deberá disponer de un correo electrónico con dominio **Gmail**, con el fin de que el contratista pueda acceder a la respectiva carpeta de ejecución de su contrato en el DRIVE "Recepción Contratación", carpeta "EJECUCIÓN".

Sin otro particular,

Firmado digitalmente por JOHN ALEXANDER GARCIA ALVAREZ

**JOHN ALEXANDER GARCÍA ÁLVAREZ**
SECRETARIO DE GOBIERNO
Supervisor Contrato No. OCA-154-2024

Proyectó: Carlos Benjumea / CPS Profesional de Apoyo
Revisó: John A. García A. / secretario de Gobierno

| FECHA QUE RECIBE | OFICINA QUE RECIBE | SERVIDOR QUE RECIBE | CANTIDAD DE FOLIOS | FECHA DE ENTREGA | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| | Contabilidad | | | | |
| | Secretaría Administrativa y Financiera | | | | |
| | Tesorería | | | | |

**INFORME Y ACTA DE PAGO No. 9 - 9 DEL CONTRATO No. OCA-154 2024.**

| DATOS GENERALES DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **CONTRATISTA:** | MARIA CONSUELO PEREZ MORALES |
| **CESIONARIO:** | N.A. |
| **NIT/ C.C.:** | 40.315.819 DE NORCASIA- CALDAS |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | "PRESTACION DE SERVICIOS DE HOGAR DE PASO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACION DE AMENAZA Y VULNERACION EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META". |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO:** | $17.500.000 |
| **ADICION No 1:** | $8.750.000 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | $26.250.000 |
| **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:** | 5 MESES |
| **PRORROGA No 1:** | DOS (2) MESES Y (15) DIAS |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:** | SIETE (7) MESES Y (15) DIAS |
| **FECHA DE FIRMA DEL CONTRATO:** | 20/02/2024 |
| **FECHA ACTA DE INICIO:** | 22/02/2024 |
| **FECHA DE CESIÓN:** | N.A. |
| **FECHA DE TERMINACIÓN - INICIAL:** | 22/07/2024 |
| **FECHA DE TERMINACIÓN ACTUAL:** | 06/10/2024 |
| **SUPERVISIÓN:** | **SECRETARIO DE GOBIERNO** |
| **PERIODO EJECUTADO:** | 01/10/2024 AL 06/10/2024 |
| **PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO INICIAL:** | 100% |
| **PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DE LA ADICIÓN:** | 100% |

En Acacías – Meta a los nueve (09) días del mes de octubre del dos mil veinticuatro (2024); se reunieron en la Secretaría de Gobierno, los suscritos **JOHN ALEXANDER GARCÍA ÁLVAREZ** y **MARIA CONSUELO PEREZ MORALES** en calidad de Supervisor y Contratista; con el fin de suscribir la presente ACTA teniendo en cuenta lo siguiente:

**1.** Que el contratista presenta informe mensual de actividades del período antes mencionado.

**2.** Que el supervisor realizó la verificación de los pagos de seguridad social del contratista realizado sobre un ingreso base de cotización del 40% del valor de sus honorarios pactados en el contrato, para personas jurídicas mediante certificación conforme al Art 50 de la Ley 789 de 2002.

| No. Pago | Valor pago mensual | Valor IBC 40% | Numero de planilla | Mes o periodo pagado | Vr. Pagado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pago No. 1 | $1.050.000 | $1.300.000 | 8628725091 | FEBRERO | $377.300 |
| Pago No. 2 | $3.500.000 | $1.300.000 | 8629209799 | MARZO | $377.300 |
| Pago No. 3 | $3.500.000 | $1.400.000 | 8629973052 | ABRIL | $406.400 |
| Pago No. 4 | $3.500.000 | $1.400.000 | 8629973052 | MAYO | $406.400 |
| Pago No. 5 | $3.500.000 | $1.400.000 | 8630559905 | JUNIO | $406.400 |
| Pago No. 6 | $3.500.000 | $1.400.000 | 8631145084 | JULIO | $406.400 |
| Pago No. 7 | $3.500.000 | $1.400.000 | 8631675943 | AGOSTO | $406.400 |
| Pago No. 8 | $3.500.000 | $1.400.000 | 8631976810 | SEPTIEMBRE | $406.400 |
| Pago No. 9 | $700.000 | $1.400.000 | 8632410400 | OCTUBRE | $406.400 |

## 3. ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO

| | |
|---|---|
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $17.500.000 |
| VALOR DE LA ADICIÓN | $ 8.750.000 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $26.250.000 |
| VALOR PAGADO DEL ACTA DE PAGO No.01 | $ 1.050.000 |
| VALOR PAGADO DEL ACTA DE PAGO No.02 | $ 3.500.000 |
| VALOR PAGADO DEL ACTA DE PAGO No.03 | $ 3.500.000 |
| VALOR PAGADO DEL ACTA DE PAGO No.04 | $ 3.500.000 |
| VALOR PAGADO DEL ACTA DE PAGO No.05 | $ 3.500.000 |
| VALOR PAGADO DEL ACTA DE PAGO No.06 | $ 3.500.000 |
| VALOR PAGADO DEL ACTA DE PAGO No.07 | $ 3.500.000 |
| VALOR PAGADO DEL ACTA DE PAGO No.08 | $ 3.500.000 |
| VALOR PAGADO DEL ACTA DE PAGO No.09 | $0 |
| VALOR TOTAL PAGADO | $25.550.000 |
| **VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA** | $ 700.000 |
| **VALOR POR EJECUTAR O SALDO A LIBERAR** | $ 0 |

El valor del presente pago se cancelará con cargo a:

- ***REGISTROS AFECTADOS EN PAGOS ANTERIORES.***

| *# REGISTRO* | *RUBRO* | *VR. MPR* | *VR. AFECTADO* | *SALDO REGISTRO* | *CONCEPTO* | *FUENTE* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2024000247 | 2.3.41.4102.1500.04 | $17.500.000 | $1.050.000 | $16.450.000 | PRIMER PAGO | 1.2.1.0.00 |
| 2024000247 | 2.3.41.4102.1500.04 | $16.450.000 | $3.500.000 | $12.950.000 | SEGUNDO PAGO | 1.2.1.0.00 |
| 2024000247 | 2.3.41.4102.1500.04 | $12.950.000 | $3.500.000 | $9.450.000 | TERCER PAGO | 1.2.1.0.00 |
| 2024000247 | 2.3.41.4102.1500.04 | $9.450.000 | $3.500.000 | $5.950.000 | CUARTO PAGO | 1.2.1.0.00 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2024000247 | 2.3.41.4102.1500.04 | $5.950.000 | $3.500.000 | $2.450.000 | QUINTO PAGO | 1.2.1.0.00 |
| 2024000247 | 2.3.41.4102.1500.04 | $2.450.000 | $3.500.000 | $0 | SEXTO PAGO | 1.2.1.0.00 |
| 20240001297 | 2.3.41.4102.1500.04 | $8.750.000 | | $7.700.000 | | |
| 20240001297 | 2.3.41.4102.1500.04 | $7.700.000 | $3.500.000 | $4.200.000 | SEPTIMO PAGO | 1.2.1.0.00 |
| 20240001297 | 2.3.41.4102-1500.04 | $4.200.000 | $3.500.000 | $700.000 | OCTAVO PAGO | 1.2.1.0.00 |

- ***REGISTROS A AFECTAR PARA ESTE PAGO.***

| *# DE REGISTRO* | *RUBRO* | *SALDO REGISTRO* | *VR. AFECTADO* | *FUENTE* |
|---|---|---|---|---|
| 20240001297 | 2.3.41.4102.1500.04 | $700.000 | $700.000 | 1.2.1.0.00 |
| | **V A L O R A F E C T A D O** | | $700.000 | 1.2.1.0.00 |

## 4. INFORME DE SUPERVISIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

Las siguientes actividades se desarrollaron en cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones pactadas, las cuales fueron verificadas por la supervisión y soportadas por el contratista.

| No. | O B L I G A C I O N E S | ACTIVIDADES |
|---|---|---|
| **1** | Llevar en forma clara, metódica y ordenada el libro de Registro de ingreso y retiro de niños y adolescentes del Hogar de Paso a su cargo. | La contratista dio cumplimiento con el libro de registro para el pertinente ingreso de los adolescentes o niños al hogar de paso. |
| **2** | Brindar a los niños y adolescentes la atención y cuidados indispensables para garantizar su desarrollo integral, físico, afectivo, moral, emocional, social e intelectual. | La contratista brindó a los adolescentes o niños la atención adecuada facilitando elementos de aseo, alimentación, vestuario, alojamiento y apoyo moral en el calor familiar que caracteriza al hogar de paso. |
| **3** | Evitar a los niños y adolescentes cualquier situación de inobservancia, amenaza o vulneración de derechos por su parte y por personas de las cuales convivan o se relacionen. | La contratista brindó un ambiente seguro, de constante cuidado y vigilancia, garantizando a los adolescentes o niños sus derechos desde el momento que se reciben hasta que se entregan en la |

| | | |
|---|---|---|
| | | entidad que lo solicite, ya sea ICBF, comisaria de familia o policía de infancia y adolescencia. |
| **4** | Solicitar previamente autorización de la autoridad competente para trasladar al niño o adolescente de forma temporal fuera de la ciudad. | La contratista no requirió autorización de traslados, ya que no se presentó ninguno. |
| **5** | Permitir la supervisión, seguimiento y asumir las recomendaciones dadas por los servidores públicos del ICBF o la autoridad competente o entidad contratista (Secretaría de Gobierno mediante la Comisaría de Familia) para brindar la atención a los niños y adolescentes ubicados en el Hogar de Paso modalidad Familia. | La contratista permitió la supervisión y el seguimiento sobre las recomendaciones dadas por los servidores públicos del ICBF y la comisaria de familia. |
| **6** | Utilizar los recursos en dinero o especie asignados por el ente territorial exclusivamente para la destinación específica en cada caso. | La contratista utilizó los recursos asignados para la destinación específica. Tales como: kit de aseo, alimentación, ropa y calzado. |
| **7** | Recibir de los servidores públicos del ICBF, autoridad competente o entidad contratista, la capacitación, formación y asesoría para la mejor prestación y atención de los niños y adolescentes ubicadas en el Hogar de Paso – modalidad familia. | La contratista recibió capacitación por parte de la comisaria de familia, para la prestación de servicios a los adolescentes o niños del Hogar de paso. |
| **8** | Participar en las diferentes actividades a las cuales sea convocada por el ICBF, autoridad competente o entidad contratista, en representación del Hogar de Paso y otros miembros del grupo familiar si es el caso | La contratista no participó en actividades con el ICBF, ya que no fueron programadas dichas actividades. |
| **9** | Facilitar la participación de los niños y adolescentes a su cargo, en actividades programadas por el ICBF, autoridad contratante a las cuales sean citadas en forma individual o colectiva. | La contratista estuvo a disposición de facilitar la disposición de los adolescentes o niños, no participó en actividades ya que no fueron programadas dichas actividades. |
| **10** | Preparar a los niños y adolescentes para la desvinculación del Hogar de Paso, cuando se anuncie por parte de la autoridad competente, la decisión del cambio de medida de restablecimiento de derechos. | La contratista preparó los adolescentes o niños para la desvinculación del hogar de paso, cuando fue requerido por la autoridad competente.<br>La contratista informó a los adolescentes o niños con anticipación que serán llevados a |

| | | |
|---|---|---|
| | | la comisaria de familia, esto se hace con tacto y teniendo en cuenta la vulnerabilidad psicológica por la que está pasando. |
| **11** | Entregar a los niños o adolescentes en el momento en que la autoridad competente así lo ordene, con los respectivos documentos con los cuales fue recibido o adquirido durante el tránsito por el Hogar de Paso modalidad Familia (documentos de identidad, carnets, certificados médicos y otros). | La contratista entregó los adolescentes o niños en el momento que las autoridades lo ordenaron con los respectivos documentos con los cuales fue recibido o adquirido durante el tránsito por el Hogar de Paso modalidad Familia (documentos de identidad, carnets, certificados médicos y otros). |
| **12** | Acoger provisionalmente y en forma voluntaria máximo cinco (5) niños o adolescentes en situación de amenaza o vulneración de derechos en su casa por máximo ocho (08) días hábiles, entre la edad de 0 a 18 años. | La contratista recibió 3 menores de edad.<br>La contratista no excedió el tiempo máximo regido.<br>En el hogar el tiempo máximo a acoger un adolescente o niño es de 8 días. |
| **13** | Brindar alimentación (Desayuno, almuerzo y Cena) de acuerdo a la minuta del Instituto de Bienestar Familia y Dar dos Refrigerios (uno en la mañana y otro en la Tarde), y suministrarle al menor el kit de aseo que consta de Toalla, Jabón Tocador, Papel Higiénico, Crema Dental, Cepillo Dental, Champú para el Cabello, Peinilla, Desodorante en sobre, Toallas Higiénicas, Pañales Desechables, Crema antipañalitis, Talcos para Pies) y el alojamiento de la menor en la Casa. | La contratista dio cumplimiento con lo requerido de acuerdo a la minuta pactada en el momento del contrato.<br>La contratista durante la estadía de los adolescentes o niños, les brindó la alimentación de acuerdo a lo establecido por el ICBF |
| **14** | Suministrar al niño y adolescente el kit de ropa si fuese necesario (Pantalón – Falda, camisa o blusa, ropa interior, calzado, medias). | La contratista al ser una de las necesidades prioritarias por los adolescentes o niños, cumplió a cabalidad. |
| **15** | Acompañar y llevar al niño a la Institución Educativa donde se encuentre estudiando en el Municipio. | La contratista acompañó los adolescentes o niños a la Institución Educativa respectivamente. |
| **16** | Las demás obligaciones o actividades relacionadas con el objeto contractual asignadas por el Secretario de Gobierno. | La contratista estuvo a disposición del supervisor para el desarrollo del contrato. |

Estado del contrato:

| | |
|---|---|
| **EN EJECUCIÓN** | |
| **TERMINADO** | X |

**5.** **EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES**; Teniendo en cuenta la siguiente escala de medición califique:

Excelente: 5 Bueno: 4 Regular: 3 Malo: 2

| ASPECTOS A EVALUAR | CALIFICACIÓN |
|---|---|
| Cumplimiento del objeto del contrato | 5 |
| Calidad de las especificaciones del bien, obra o servicio | 5 |
| Cumplimiento en los tiempos de entrega | 5 |
| Personal Idóneo | N. A |
| Atención a reclamaciones, solicitudes y/o sugerencias | 5 |
| **PUNTAJE PROMEDIO** | 5 |

**OBSERVACIONES:**

N.A.

**NOTA:** Lo correspondiente en el cuadro anterior relacionado con “Personal Idóneo” no aplica para contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión.

**6.** La supervisión certifica que el contratista cumplió a satisfacción con las obligaciones adquiridas en el contrato; por lo que es procedente realizar el pago correspondiente al período relacionado en la tabla de datos generales del presente documento.

**7.** El pago se debe abonar a la cuenta de Ahorros No. **24078352229** del banco CAJA SOCIAL.

## 8. ANEXOS

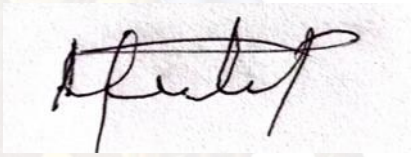
**a)** Informe de actividades del periodo relacionado en la presente acta.
**b)** Planilla de Pago de seguridad social, pensión y riesgos Laborales correspondientes al periodo relacionado en la presente acta.

**Nota:** Los ítems o celdas podrán ser modificados cuando sea necesario de acuerdo al plazo de ejecución, adiciones y/o prorroga

Para constancia se firma la presente acta por los que en ella intervinieron.




JOHN ALEXANDER GARCÍA ÁLVAREZ
Supervisor
SECRETARIO DE GOBIERNO



MARIA CONSUELO PEREZ MORALES
Contratista
C.C. 40.315.819

*Proyectó: Carlos Benjumea. / CPS Profesional de Apoyo*

ALCALDÍA DE ACACÍAS

## PAZ Y SALVO GESTIÓN DOCUMENTAL - CONTROLDOC

| Información Personal (Funcionario o Contratista) | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | MARIA CONSUELO PEREZ MORALES | C.C. | 40315819 |
| Correo Electrónico: | [illegible] | Teléfono o celular: | 3115193672 |

| Datos del Funcionario | | | |
|---|---|---|---|
| Cargo: | N/A | Código y Grado: | N/A |
| Dependencia: | N/A | Fecha de ingreso a la Entidad: | N/A |
| *Tipo de Vinculación: | N/A | **Motivo de Retiro: | N/A |

*Tipo de vinculación. Libre nombramiento y remoción, nombramiento en periodo de prueba, nombramiento provisional, nombramiento provisional vacaciones.
**Motivo de retiro: Renuncia, vacaciones, licencia, otros (suspensión, entre otros)

| Datos del Contrato (Si es Contratista) | |
|---|---|
| Número de contrato: | OCA-154-2024 |
| Objeto contractual: | "PRESTACION DE SERVICIOS DE HOGAR DE PASO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACION DE AMENAZA Y VULNERACION EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META" |
| Fecha de inicio: | 22 FEBRERO DEL 2024 |
| Fecha de terminación: | 06 DE OCTUBRE DE 2024 |

### PAZ Y SALVO

| | | |
|---|---|---|
| GESTIÓN DOCUMENTAL (entregó ControlDoc) | SI | |
| | NO | |
| | NO APLICA | X |

**OBSERVACIONES**

NO TIENE ASIGNADO USUARIO DE CONTROLDOC

| VoBo Oficina TIC | | VoBo Jefe Inmediato o Supervisor | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | RODOLFO DIAZ CLAVIJO | Nombre: | JOHN ALEXANDER GARCIA ALVAREZ |
| C.C. | 17421212 | C.C. | 17419129 |
| Fecha de Recibido: | 07/10/204 | Fecha de Recibido: | 07/10/204 |
| Firma: | | Firma: | Firmado digitalmente por JOHN ALEXANDER GARCIA ALVAREZ |

ALCALDÍA DE ACACIAS

Acacias, 7 octubre de 2024

**LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA SECRETARIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.**

**HACE CONSTAR:**

Que MARÍA CONSUELO PÉREZ MORALES identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 40.315.819 entregó el Inventario Único Documental que tenía bajo su responsabilidad en cumplimiento de las obligaciones bajo CONTRATO No OCA-154-2024 Cuyo objeto fue la " PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE HOGAR DE PASO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACION DE AMENAZA Y VULNERACIÓN EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META ". Lo anterior dando cumplimiento a lo establecido Ley 594 de 2000 "Ley General de Archivos" y Decreto 1080 de 2015 y Acuerdo 001 de 2024".

**EULALIA MARIN FRANCO**
Profesional Universitario A. General
Municipio

# PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
# PLANILLA NRO. 8632410400
# REFERENCIA DE PAGO (PIN): 8652900462
# Fecha Pago Planilla: 2024-10-08

PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| RAZÓN SOCIAL | MARIA CONSUELO PEREZ MORALES | TIPO DE PERSONA | Natural | TIPO DE DOCUMENTO | Cédula de Ciudadanía |
| Nro. DE IDENTIFICACIÓN | 40315819 | D.V. | 0 | TIPO DE APORTANTE | Independiente |
| DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | CLL 10A 36 53 | DEPARTAMENTO | META | MUNICIPIO | ACACIAS |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA | 7490 | CORREO ELECTRÓNICO | CONSUELOP_1968@HOTMAIL.COM | TELÉFONO | 3115193672 |
| FAX | 0 | SUCURSAL | 0 | NOMBRE SUCURSAL | 0 |
| TIPO DE ENTIDAD | Privada | ARL | POSITIVA | Tipo de aportante | Independiente |

| REPRESENTANTE LEGAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nro. DE IDENTIFICACIÓN | | PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | |
| PRIMER NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE | | | |

| PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN | | PERÍODO COTIZACIÓN SALUD | | FORMA DE PRESENTACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Año: 2024 | Mes: 10 | Año: 2024 | Mes: 10 | Único |
| Nro. DE TRABAJADORES | | Vlr. TOTAL NÓMINA | | Nro. DE RADICACIÓN |
| 1 | | $0 | | 8632410400 |

| IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO | | | | | | | | | | Salario |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Tipo Vinculación | Subtipo Cot | Ext no obl | Colombiano ext | Dpto | Mun | Actividad Eco | Tipo de Salario | Nombres | Salario Básico |
| CC-40315819 | 59 | No | No | No | 50 | 6 | 1841201 | Salario | PEREZ MORALES MARIA CONSUELO | $1.400.000 |

| NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | ING | Fecha Ing | RET | Fecha Ret | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | Fecha Nov Vsp | VTE | VST | SLN | Fecha Sln Inicio | Fecha Sln Fin | IGE | Fecha Ige Inicio | Fecha Ige Fin | LMA | Fecha Lma Inicio | Fecha Lma Fin | VAC | Fecha Vac Inicio | Fecha Vac Fin | AVP | VCT | Fecha Vct Inicio | Fecha Vct Fin | IRL | Fecha Irp Inicio | Fecha Irp Fin |
| CC - 40315819 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |

| SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | AFP | Dias Cotizados | IBC pensión | Tarifa | Cot Obl | Cot Vol Afil | Cot Vol Aport | Total Cot | Fondo Sol | Fondo Subsistencia | Vlr no ret |
| CC - 40315819 | COLPENSIONES | 30 | $1.400.000 | 0.1600000 | $224.000 | $0 | $0 | $224.000 | $0 | $0 | $0 |

| SISTEMA GENERAL DE SALUD | | | | | | | | | | | SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | EPS | Dias Cot | IBC salud | Tarifa | Cot Obl | UPC Adic | Núm Aut EG | Valor EG | Núm Aut Lic | Valor Lic | Dias Cot | IBC Riesgos | Cód CT | Tarifa | Cot Obl |
| CC - 40315819 | FAMISANAR | 30 | $1.400.000 | 0.1250000 | $175.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.400.000 | 8920014457 | 0.0052200 | $7.400 |

| APORTES PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | CCF | Días Cota CCF | IBC Cajas | Tarifa CCF | Aporte CCF | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF | Tarifa ESAP | Aporte ESAP | Tarifa Min Edu | Aporte Min Edu |
| CC-40315819 | SIN CCF | 0 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |

| TOTALES PARA EL PERÍODO 2024 - 10 | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA | | | | | | | | | | | |
| ADMINISTRADORA | NÚM AFIL | VLR TOTAL COT OBL | VLR COTIZACIÓN VOL AFIL | VLR COTIZACIÓN VOL APOR | VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL | VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS | DÍAS MORA | VLR INTERESES | VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD | VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA | TOTAL PAGAR |
| COLPENSIONES | 1 | $224.000 | $0 | $0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 | $0 | $224.000 |

| TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ADMINISTRADORA | NÚM AFIL | VLR TOTAL COT OBL | VLR UPC | AUT. IGE | VLR IGE | AUT. DESC LMA | VLR LMA | VLR NETO APORTES DE COT | DÍAS MORA | VLR INTERESES COT OBL | VLR INTERESES UPC | SUBTOTAL APORTES COT | SUBTOTAL APORTES | RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL | SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL | SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC | TOTAL PAGAR COT OBL | TOTAL PAGAR UPC | FONDO DE SOL SALUD | TOTAL PAGAR |
| FAMISANAR | 1 | $175.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | $175.000 | 0 | $0 | $0 | $175.000 | $0 | 0 | $0 | $0 | $175.000 | $0 | $0 | $175.000 |

| TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ADMINISTRADORA | NÚM AFIL | VLR TOTAL COT OBL | NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES | VLR INCAPACIDADES | VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS | VLR NETO APORTES COTIZACIÓN | DÍAS MORA | INT MORA COT OBL | SUBTOTAL APORTES COT | NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL | SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR | FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES | TOTAL PAGAR |
| POSITIVA | 1 | $7.400 | 0 | $0 | $0 | $7.400 | 0 | $0 | $7.400 | 0 | $0 | $0 | $7.400 |

| TOTAL APORTES PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE ENTIDAD | NÚM DE AFIL | VLR TOTAL APORTES | DÍAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR |
| SIN CCF | 1 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| SENA | 0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| ICBF | 0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| ESAP | 0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| MinEdu | 0 | $0 | 0 | $0 | $0 |

| TOTAL A PAGAR | | |
|---|---|---|
| CONCEPTO | TOTAL ENTIDADES | VALOR |
| SALUD | 1 | $175.000 |
| PENSIONES | 1 | $224.000 |
| RIESGOS PROFESIONALES | 1 | $7.400 |
| CAJAS DE COMPENSACIÓN | 0 | $0 |

| TOTAL A PAGAR | | |
|---|---|---|
| CONCEPTO | TOTAL ENTIDADES | VALOR |
| SENA | 1 | $0 |
| ICBF | 1 | $0 |
| ESAP | 1 | $0 |
| MINISTERIO DE EDUCACIÓN | 1 | $0 |
| GRAN TOTAL | 1 | $406.400 |

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MARIA CONSUELO PEREZ MORALES** identificado con **CC** No. **40315819**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| MUNICIPIO DE ACACIAS - NI. 892001457 | **Fecha de afiliación:** 09/04/2020<br>**Fecha de inicio de cobertura:** 17/01/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 22/02/2024<br>**Fecha fin de Contrato:** 22/07/2024<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 1<br>**Cargo :** ASISTENTE SOCIAL PROTECCION LA INFANCIA |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401012595661.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MARIA CONSUELO PEREZ MORALES** identificado con **CC** No. **40315819**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| MUNICIPIO DE ACACIAS - NI. 892001457 | **Fecha de inicio de cobertura:** 17/01/2024<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 23/07/2024<br>**Fecha fin de Contrato:** 06/10/2024<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Clase de Riesgo:** 1 |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20240101862494.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de agosto de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



**Positiva Compañía de Seguros S.A.**
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14981536541

(415)7707212489984(8020) 000001498153654 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 4 0 3 1 5 8 1 9 | 3 | Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 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 | 4 0 3 1 5 8 1 9 | 1 9 8 7 0 5 2 8 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Meta 5 0 | Guamal 3 1 8 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PEREZ | MORALES | MARIA | CONSUELO |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Meta 5 0 | Acacías 0 0 6 |

41. Dirección principal
CL 10 A 36 53 BRR INDEPENDENCIA

42. Correo electrónico consuelop_1968@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 1 5 1 9 3 6 7 2 | 3 1 1 5 1 9 3 8 0 9 |

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

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

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

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 13 / 11 : 17: 46

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 PEREZ MORALES MARIA CONSUELO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MUNICIPAL
DE ACACÍAS
NIT: 892.001.457-3

# Registro Presupuestal

## Número: 2024000247

**Fecha:** 20/02/2024

**Tercero:** 40315819 **Nombre:** PEREZ MORALES MARIA CONSUELO

**Concepto:** CONTRATO 154 DE 2024 - PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE HOGAR DE PASO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE AMENAZA Y VULNERACIÓN EN EL MUNICIPIO DE ACACÍAS

**Tipo de documento:** CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS **Número de documento:** 154 DE 2024

| CÓDIGO PPTAL | CCPET | SECCIÓN PPTAL | PRODUCTO MGA | FUENTE | CPC DANE | TIPO | No. AFECTADO | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.3.41.4102.1500.04 PROYECTO 2022500060044: FORTALECIMIENTO A LOS HOGARES DE PASO EN SITUACIÓN DE AMENAZA Y VULNERACIÓN DE DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL MUNICIPIO DE ACACÍAS | 2.3.2.02.02.009 SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES | 16 ADMINISTRACIÓN CENTRAL | 4102037 SERVICIO DE PROTECCION PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JOVENES | 1.2.1.0.00 INGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINACIÓN | 91119 OTROS SERVICIOS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA N C P | DIS | 2024000232 | 17,500,000.00 |

**Total Registro:** **17,500,000.00**

EN LETRAS: DIEZ Y SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MC.

**NOTA: Este certificado tiene validez para su utilización hasta:** 31/12/2024

CARLOS JOHANY GONZÁLEZ GÓNGORA.
PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 05

**Elaborado por:** XPASTAS

ALCALDÍA MUNICIPAL
DE ACACÍAS
NIT: 892.001.457-3

# Registro Presupuestal

## Número: 2024001297

**Fecha:** 19/07/2024

**Tercero:** 40315819 **Nombre:** PEREZ MORALES MARIA CONSUELO

**Concepto:** ADICION Y PRORROGA NO.1 AL CONTRATO OCA-154-2024 CUYO OBJETO ESPRESTACION DE SERVICIOS DE HOGAR DE PASO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACION DE AMENAZA Y VULNERACION EN EL MUNICIPIO DE ACACIAS, META

**Tipo de documento:** CONTRATO DE SERVICIOS **Número de documento:** 154 DE 2024

| CÓDIGO PPTAL | CCPET | SECCIÓN PPTAL | PRODUCTO MGA | FUENTE | CPC DANE | TIPO | No. AFECTADO | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2.3.41.4102.1500.04 PROYECTO 2022500060044: FORTALECIMIENTO A LOS HOGARES DE PASO EN SITUACIÓN DE AMENAZA Y VULNERACIÓN DE DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL MUNICIPIO DE ACACÍAS | 2.3.2.02.02.009 SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES | 16 ADMINISTRACIÓN CENTRAL | 4102037 SERVICIO DE PROTECCION PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JOVENES | 1.2.1.0.00 INGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINACIÓN | 91119 OTROS SERVICIOS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA N C P | DIS | 2024000985 | 8,750,000.00 |

**Total Registro:** **8,750,000.00**

EN LETRAS: OCHO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MC.

**NOTA: Este certificado tiene validez para su utilización hasta:** 31/12/2024

Firmado digitalmente por Aldemar Baquero Bonilla

**ALDEMAR ARMANDO BAQUERO BONILLA.**

**SECRETARIO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO.**

**Elaborado por:** LTORRES

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

**HACE CONSTAR:**

Que el (los) cliente(s)

MARIA CONSUELO PEREZ MORALES Identificado con CC 40315819

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

**Cuentamiga**

| | |
|---|---|
| **Número:** | 24078352229 |
| **Fecha de apertura:** | 20 de Octubre de 2017 |
| **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 INTERESE, realizada en la Oficina 0528 ACACIAS de la ciudad de ACACIAS, el día Miércoles, 09 de Octubre de 2024.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social