Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: A-GC-FR-033
		VERSIÓN: 04
	RECIBO A SATISFACCIÓN Y CERTIFICADO PARA PAGO DE CONTRATOS/CONVENIOS	FECHA: 18/10/2024

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
	6	11	2024		10	7	2024		29	12	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-788-2024	X		MARIA CAROLINA MORERA CUBILLOS	35393451

TELÉFONO FIJO	NÚMERO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
6018296358	3183491848	CALLE 10 No 14a-85 sur sol creciente torre 13 apto 650	mcmorera13@hotmail.com

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

OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LINEAMIENTOS, DESARROLLO DE CAPACIDADES Y ACCIONES DE ARTICULACIÓN SECTORIAL E INTERSECTORIAL EN SALUD ORAL EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022-2031, PARA EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA''
CLAUSULA FORMA DE PAGO ESTABLECIDA EN EL CONTRATO	CLAUSULA_4_–_VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO: CONTRATO Y FORMA DE PAGO. El valor del presente contrato es la suma de CUARENTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE ($43.493.882), suma que incluye los impuestos a que haya lugar, la SECRETARIA DE SALUD pagará al contratista el valor del presente contrato con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal CDP N° 7100052670 del 18 de Junio de 2024 por valor de $46.052.346 y Concepto Precontractual N° 0000003469 de fecha 14 de Junio de 2024 por valor de $46.052.346. La Secretaría de Salud pagará al Contratista el valor del contrato en SEIS (6) pagos así: • El primer pago será proporcional a los días trabajados desde el inicio del contrato hasta el último día del mes en curso. • CUATRO (4) pagos sucesivos mensuales cada uno por el valor de SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE ($7.675.391). • El último pago será proporcional al valor de los días trabajados desde el primer día del mes en curso hasta la fecha de terminación del contrato. 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). El último pago del presente contrato estará sujeto a la presentación y aprobación del formato de Evaluación de Proveedores de la Gobernación de Cundinamarca.

FONDO DEL PAGO A REALIZAR	3 3700	NOMBRE DEL FONDO	SALUD PUBLICA COLECTIVA	VALOR DEL PAGO	$ 7.675.391

PAGO N°	4	DE	6	BANCO	DAVIVIENDA
CUENTA N°				476000143240	AHORROS

NOMBRE FUENTE DE FINANCIACIÓN		VALOR	ANTICIPO	VALOR
DEPARTAMENTO		$ 43.493.882	PORCENTAJE DEL ANTICIPO	
			VALOR ANTICIPADO	$ -
			VALOR DEL ANTICIPO	$ -
			AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -
ADICIÓN	DEPARTAMENTO	$ -	AMORTIZACIÓN ANTICIPO ACUMULADO	$ -
			SALDO AMORTIZACIÓN	$ -
			VALOR BRUTO A PAGAR	$ 7.675.391
			V/R TOTAL PAGOS REALIZADOS	$ 28.398.947
TOTAL		$ 43.493.882	SALDO POR EJECUTAR	$ 15.094.935

REGISTRO PRESUPUESTAL QUE AFECTA ESTA CUENTA

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE RPC
9	7	2024	4600023644

CERTIFICACIÓN DE PAGOS APORTES SEGURIDAD SOCIAL

DIA	MES	AÑO	NÚMERO DE PLANILLA
26	09	24	9473887151
1	11	24	9476705044

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A SATISFACCIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO/CONVENIO			FECHA DEL ULTIMO REPORTE DEL CONTRATO EN EL APLICATIVO SUPERVISA	Día	Mes	Año	# INFORME SUPERVISA	PERIODO A CERTIFICAR	del			Al		
									Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
	NO			5	11	24	4		1	10	24	30	10	24

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:	RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ	NOMBRE:	DIEGO FERNANDO CHARRY BALLESTEROS.	NOMBRE:	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA
CARGO Y DEPENDENCIA:	SUBDIRECTOR DE GESTION Y PROMOCION DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA	CARGO Y DEPENDENCIA:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	CARGO Y DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE SALUD
FIRMA:		FIRMA:		FIRMA:	

Bogotá, D. C, noviembre **6 de 2024**

CUENTA DE COBRO No. 04

LA GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD
NIT 899.999.114-0

DEBE A:

NOMBRE: **MARIA CAROLINA MORERA CUBILLOS**
C. C. No. 35.393.451

LA SUMA DE: **SIETE MILLONES SEISCIENTOS SESTENTA Y CINCO MIL TRECIENTOS NOVENTA Y UN PESOS ($ 7.675.391) M/CTE**

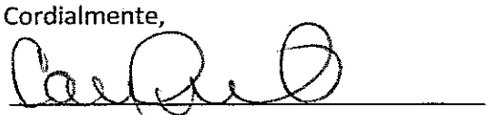
POR CONCEPTO DE: la ejecución del contrato de prestación de Servicios: ***SS-CPS-788-2024***

OBJETO CONTRATO "Prestar servicios profesionales Especializados para la construcción de lineamientos, desarrollo de capacidades y acciones de articulación sectorial e intersectorial en salud oral en el marco del plan decenal de salud pública 2022-2031, para el Departamento de Cundinamarca".

Del periodo correspondiente a: **01 de octubre a 30 de octubre de 2024**

Consignar el valor de la presente en: **CUENTA DE AHORROS No. 476000143240 BANCO DAVIVIENDA**

Cordialmente,



MARIA CAROLINA MORERA CUBILLOS
C. C. No.35.393.451
Celular No: 3183491848
Correo electrónico: mcmorera13@hotmail.com

Gobernación de CUNDINAMARCA	GESTIÓN FINANCIERA	Código: A-GF-FR-025
		Versión: 5
	Creación o Actualización de Datos de Terceros	Fecha: 09/mayo/2024

FECHA: DÍA | MES | AÑO — Marcar sólo una opción: 1. CREACIÓN [ ] 2. ACTUALIZACIÓN [x]

INFORMACIÓN GENERAL

DATOS PERSONALES

MARIA CAROLINA MORERA CUBILLOS

NIT No. 35393451 D.V. 1

MARIA CAROLINA MORERA CUBILLOS

CC Cédula de Ciudadanía No. 35393451 D.V. 1

CALLE 10 NO 14A-85 SUR TORRE 13 APTO 650 SOL CRECIENTE

Cundinamarca-Mosquera

601 8290139 Indicativo — 3183491848

mcmorera134@hotmail.com

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

Banco Bancolombia S.A. Cód. 39

4.78E+11 — Ahorro

La cuenta bancaria debe ser de la persona natural o jurídica con quien se adquirirá la obligación contractual.

Autorizo al Departamento de Cundinamarca - Secretaría de Hacienda para consignar en la cuenta antes mencionada.

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

Natural

No.

La información de dependencia económica sólo le diligencia la persona natural, si le aplica.

Privada ¿CUAL?

No Responsable de IVA

GRAN CONTRIBUYENTE [ ] No. RESOLUCIÓN [ ] AUTORRETENEDOR RENTA [ ] No. RESOLUCIÓN [ ]

AUTORRETENEDOR IVA [ ] No. RESOLUCIÓN [ ] AUTORRETENEDOR ICA [ ] No. RESOLUCIÓN [ ]

ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO [ ] OTRA [ ] ¿CUAL?

PRINCIPAL: 86221 Actividades de la práctica odontológica, sin internación (excepto actividades de promoción y prevención que realicen las entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública o privada, con recursos que provengan del Sistema General de Seguridad Social en

SECUNDARIA:

PRINCIPAL: CIIU 86221 9.66 x 1000

SECUNDARIA:

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Señor(a) Usuario, con el diligenciamiento y firma del presente formato usted autoriza al Departamento de Cundinamarca para que efectúe el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de todos los datos que nos suministra con la finalidad de ser incluido en los registros contables de la Entidad y realizar debidamente los pagos a que haya lugar, teniendo en cuenta su constitución fiscal y, en general, para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad. Asimismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co. Responsable del Tratamiento: Gobernación de Cundinamarca, entidad del orden territorial, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., en la Calle 26 Nº 51 - 53, identificada con el NIT. 899.999.114-0 con correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.

ANEXOS

1. Fotocopia del documento de identidad [SI]
2. Fotocopia del RUT expedido por la DIAN [NO]
3. Fotocopia del RUP expedido por la Cámara de Comercio (Cuando aplique)
4. Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autoretención de renta, IVA, ICA (Cuando aplique) [NA]
5. Fotocopia certificación expedida por la entidad bancaria, donde conste que la cuenta se encuentra activa

Las fotocopias deben estar totalmente legibles

FIRMA

MARIA CAROLINA MORERA CUBILLOS
FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

35393451
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN A SER DILIGENCIADA POR GCUN

ASER - ADQUISICIÓN SERVICIOS

2401010012 Bienes y servicios Salud ¿CUAL?

K001 K-Nacional K-Acreedores bys nacionales

Y Transferencia Salud

INDICADORES DE RETENCIÓN

TARIFA 1: RH18 Ret. >95 hasta 150 19% Ley 2010 de 12-19

TARIFA 2:

TARIFA 3:

TARIFA 1: ISO5 Ret. ICA Svc Demás Activ Svcs 9.66 x 1000

TARIFA 2:

TARIFA 3:

RIC5 Retefte aplicable a compras 15%

RIS7 Retefte aplicable a servicios 15%

TARIFA 1:

IVR1 Pro Deporte y Recreación 2.5%

FECHA: DÍA 22 | MES 05 | AÑO 2024

PROCESADO POR: EDGAR A. BUITRAGO PUENTES

REVISADO POR:

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

MOSQUERA,
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,

06/11/2024

A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARIA MORERA** con **Cédula de Ciudadanía** número **35393451**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550476000143240**
Fecha de apertura	**26/02/2024**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO

INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO Nº SS-CPS-788-2024	
Informe Parcial ___X___ / No. Del Informe 4	Informe Final _____
Período del Informe: Del 01.10.2024 hasta el 30.10.2024	
Fecha en la que se rinde en informe :	05.11.2024

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO

Contratista:	MARIA CAROLINA MORERA CUBILLOS
NIT / C.C.:	35393451
Supervisor:	RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ
Cargo:	SUBDIRECTOR
Objeto del Contrato o Convenio:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LINEAMIENTOS, DESARROLLO DE CAPACIDADES Y ACCIONES DE ARTICULACIÓN SECTORIAL E INTERSECTORIAL EN SALUD ORAL EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022-2031, PARA EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.
Fecha de Suscripción de Contrato o Convenio:	05.07.2024
Fecha de Inicio del Contrato o Convenio	10.07.2024
Certificado de Disponibilidad Presupuestal	7100052670
Registro Presupuestal	4600023644
Valor Inicial del Contrato o Convenio	$43,493,882
Adición	$0
Vigencia Futura	$0
Valor Total del Contrato	$43,493,882
Plazo de Ejecución Inicial	5 MESES Y 20 DIAS
Prorroga No.	0
Plazo de Ejecución Final	5 MESES Y 20 DIAS
Fecha De Terminación del Contrato o Convenio	29.12.2024
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	N/A
Garantía de Cumplimiento	N/A
Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual	N/A

2. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Porcentaje de avance: 66%

1. Realizarpor lo menos (12) visitas mensuales desarrollando las siguientes acciones: Realizar en el PIC municipal asistencia técnica integral a los municipios del Departamento,de acuerdo a la priorización asignada por el supervisor, en la ejecución, seguimiento y evaluación de las metas y acciones de salud oral contempladas el plan decenal de salud pública 2022-2031, en el Plan territorial de salud, Plan de acción Municipal y Estrategia "Cundinamarca Mas Sonriente"., desarrollando y/o fortaleciendo capacidades en el talento humano para la adopción, adaptación e implementación de las RIAS promoción y mantenimiento de la salud Consolidar y entregar mensualmente informes de asistencia técnica y

diligenciar y consolidar los instrumentos y bases de datos con información durante el periodo de ejecución del contrato 2024.
No aplica para este periodo
2. Realizar asistencia técnica a las IPS públicas y privadas asignadas
mensualmente por la líder del programa de salud oral, en el cumplimiento de las
coberturas de la RPMS, mediante el reporte de los indicadores trazadores de salud oral; Diligenciar y Consolidar realizando entrega mensual de los instrumentos y bases de datos con información de enero hasta el mes de finalización del contrato 2024 aportados por el programa. Realizar un informe cualicuantitativo de su Gestión para aumentar las coberturas de Protección Especifica en las IPS asignadas. SISOC – REPORTE Resolución 202 del 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social.
Brindó asistencia técnica, Acompañamiento y seguimiento a las IPS públicas y privadas, con el fin de generen el reporte de los indicadores de la Resolución 3280, 276 y de cumplimiento a las coberturas de la RPMS en articulación con el PIC municipal, Además, se estableció comunicación a las IPS para solicitud envió y recepción, seguimiento y envió de Registro SISOC e Indicadores de RIAS-IPS del mes de octubre de 2024, de las siguientes ESE e IPS:
•IPS Centro de Salud Subachoque
•IPS Centro de Salud Copihue Hospital San Rafael de Faca.
•IPS Centro de Salud Cartagenita Hospital San Rafael de Faca.
•IPS Centro De Salud Pradera Hospital San Rafael de Faca.
•IPS Hospital San Rafael De Facatativá
•IPS Hospital Nuestra Señora Del Pilar Medina
•IPS Centro De Salud San Pedro De Jagua Región Medina.
•IPS Puesto De Salud Milagros De Maya Región Medina
•IPS Centro De Salud Paratebueno Región Medina.
•Puesto De Salud Villa Gómez Región Medina.
3. Realizar Asistencia Técnica con las EPS contributivas y subsidiadas
asignadas por el supervisor del contrato para el monitoreo y evaluación de los
indicadores de salud oral contemplados en la resolución 3280 DE 2018, 276 de 2019 y las que la modifiquen, mediante la consolidación del instrumento trimestralmente durante el periodo del contrato 2024 aportado por el programa de salud oral Departamental. Consolidar y entregar mensualmente informes de asistencia técnica y diligenciar y consolidar los instrumentos que son aportados por el programa.
Brindó asistencia técnica, Acompañamiento y seguimiento a las EPS, con el fin de generen el reporte de los indicadores de la Resolución 3280 DE3 2018, 276 de 2019 y de cumplimiento a las coberturas de la RPMS
Además, se estableció comunicación a las EPS para solicitud envió y recepción, seguimiento y envió de Indicadores de RIAS-EPS del mes de octubre de 2024, de las siguientes EPS:
1.EPS Compensar
2.EPS Salud Total
3.EPS Nueva EPS
4. Elaborar y actualizar mes a mes el Directorio de Odontólogos de las IPS y Directorio PIC Municipal.
Hace entrega de directorios actualizados de IPS Y EPS de los municipios asignados.
5. Responder de manera oportuna e inmediata los requerimientos e informes solicitados por los Entes de Control, Instituciones o Comunidad en general,
relacionados con el objeto del contrato.
Se realiza invitación a las EPS Compensar, Salud Total y Nueva EPS con el fin de participar en la asistencia técnica para el monitoreo y evaluación de los indicadores de salud oral.

3. PAGOS EFECTUADOS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

DOCUMENTO DE PAGO	FECHA	VALOR
3300142770	20.08.2024	$5,372,774
3300145987	24.09.2024	$7,675,391
3300148135	11.10.2024	$7,675,391

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

NO APLICA

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

NO APLICA

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

07 NOV 2024

7. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

NINGUNA

RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ
SUBDIRECTOR

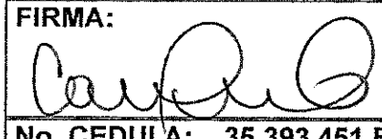
07 NOV 2024

DIRECCIÓN: SALUD PUBLICA	**CONTRATO No.** ***SS-CPS-788-2024***	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 10 de julio de 2024 Fecha de Terminación: 29 de diciembre de 2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARIA CAROLINA MORERA CUBILLOS		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** 5 MESES 20 días
NOMBRE DEL SUPERVISOR: RICARDO ALBERTO PORRAS LOPEZ		**PERIODO DEL INFORME: 01 de octubre al 30 de octubre de 2024**
OBJETO DEL CONTRATO. "Prestar servicios profesionales Especializados para la construcción de lineamientos, desarrollo de capacidades y acciones de articulación sectorial e intersectorial en salud oral en el marco del plan decenal de salud pública 2022-2031, para el Departamento de Cundinamarca"		

OBLIGACIONES ESPECIFICAS, ACTIVIDADES Y PRODUCTOS DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
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 por lo menos (12) visitas mensuales desarrollando las siguientes acciones: Realizar en el PIC municipal asistencia técnica integral a los municipios del Departamento, de acuerdo a la priorización asignada por el supervisor, en la ejecución, seguimiento y evaluación de las metas y acciones de salud oral contempladas el plan decenal de salud pública 2022-2031, en el Plan territorial de salud, Plan de acción Municipal y Estrategia "Cundinamarca Mas Sonriente"., desarrollando y/o fortaleciendo capacidades en el talento humano para la adopción, adaptación e implementación de las RIAS promoción y mantenimiento de la salud Consolidar y entregar mensualmente informes de asistencia técnica y diligenciar y consolidar los instrumentos y bases de datos con información durante el periodo de ejecución del contrato 2024.	No aplica para este periodo	No aplica
2. Realizar asistencia técnica a las IPS públicas y privadas asignadas mensualmente por la líder del programa de salud oral, en el cumplimiento de las coberturas de la RPMS, mediante el reporte de los indicadores trazadores de salud oral; Diligenciar y	Se brindó asistencia técnica, Acompañamiento y seguimiento a las IPS públicas y privadas, con el fin de generen el reporte de los indicadores de la Resolución 3280, 276 y de cumplimiento a las	Soportes **CARPETA 2**

Consolidar realizando entrega mensual de los instrumentos y bases de datos con información de enero hasta el mes de finalización del contrato 2024 aportados por el programa. Realizar un informe cualicuantitativo de su Gestión para aumentar las coberturas de Protección Especifica en las IPS asignadas. SISOC – REPORTE Resolución 202 del 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social.	coberturas de la RPMS en articulación con el PIC municipal, Además, se estableció comunicación a las IPS para solicitud envió y recepción, seguimiento y envió de Registro SISOC e Indicadores de RIAS-IPS del mes de octubre de 2024, de las siguientes ESE e IPS: 1. IPS Centro de Salud Subachoque 2. IPS Centro de Salud Copihue Hospital San Rafael de Faca. 3. IPS Centro de Salud Cartagenita Hospital San Rafael de Faca. 4. IPS Centro De Salud Pradera Hospital San Rafael de Faca. 5. IPS Hospital San Rafael De Facatativá 6. IPS Hospital Nuestra Señora Del Pilar Medina 7. IPS Centro De Salud San Pedro De Jagua Región Medina. 8. IPS Puesto De Salud Milagros De Maya Región Medina 9. IPS Centro De Salud Paratebueno Región Medina.} 10. Puesto De Salud Villa Gómez Región Medina.	
. 3. Realizar Asistencia Técnica con las EPS contributivas y subsidiadas asignadas por el supervisor del contrato para el monitoreo y evaluación de los indicadores de salud oral contemplados en la resolución 3280 DE 2018, 276 de 2019 y las que la modifiquen, mediante la consolidación del instrumento trimestralmente durante el periodo del contrato 2024 aportado por el programa de salud oral Departamental. Consolidar y entregar mensualmente informes de asistencia técnica y diligenciar y consolidar los instrumentos que son aportados por el	Se brindó asistencia técnica, Acompañamiento y seguimiento a las EPS, con el fin de generen el reporte de los indicadores de la Resolución 3280 DE3 2018, 276 de 2019 y de cumplimiento a las coberturas de la RPMS Además, se estableció comunicación a las EPS para solicitud envió y recepción, seguimiento y envió de Indicadores de RIAS-EPS del mes de octubre de 2024, de las siguientes EPS:	Soportes **CARPETA 3**

programa.	1. EPS Compensar 2. EPS Salud Total 3. EPS Nueva EPS	
4. Elaborar y actualizar mes a mes el Directorio de Odontólogos de las IPS y Directorio PIC Municipal.	Se hace entrega de directorios actualizados de Coordinadores PIC y de IPS de los municipios asignados	Soportes **CARPETA 4**
5. Responder de manera oportuna e inmediata los requerimientos e informes solicitados por los Entes de Control, Instituciones o Comunidad en general, relacionados con el objeto del contrato.	Se realiza invitación a las EPS Compensar, Salud Total y Nueva EPS con el fin de participar en la asistencia técnica para el monitoreo y evaluación de los indicadores de salud oral.	Soportes **CARPETA 5**

CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS:** **MARIA CAROLINA MORERA CUBILLOS**
	FIRMA: 
	No. CEDULA: 35.393.451 Expedida en Mosquera

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14992617220

(415)7707212489984(8020) 000001499261722 0

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 5 3 9 3 4 5 1	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Mosquera 4 7 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORERA	CUBILLOS	MARIA	CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Mosquera 4 7 3

41. Dirección principal: CL 10 14 A 85 SUR TO 1 AP 303

42. Correo electrónico: mcmorera13@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
2 5 0 0 4 0	3 1 8 3 4 9 1 8 4 8	3 1 8 3 4 9 1 8 4 3

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 6 2 2	2 0 0 4 0 6 0 7	7 4 9 0	2 0 2 4 0 1 0 1				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 2024 - 03 - 15 / 10 : 39: 57

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 MORERA CUBILLOS MARIA CAROLINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 35393451		MORERA CUBILLOS MARIA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 10 # 14a-85sur apt303 torre1	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	8296351	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-09	2024-09	938261095	9473887151	E	2024/10/11	2024/09/26	BANCO DAVIVIENDA	0	$377,300

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	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: MOSQUERA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC	35393451	MORERA MARIA	25-14	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

2024/09/26 01:05 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 35393451		MORERA CUBILLOS MARIA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 10 # 14a-85sur apt303 torre1	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	8296351	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	938261095	9473887151	E	2024/10/11	2024/09/26	BANCO DAVIVIENDA	0	$377,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

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 35393451		MORERA CUBILLOS MARIA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 10 # 14a-85sur apt303 torre1	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	8296351	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	1020844010	94767053044	N	2024/10/11	2024/11/01	BANCO DAVIVIENDA	21	$521,800

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
Aportes PRINCIPALES(2 Afiliados)						$3,070,157	$491,300			$3,070,157	$221,300			$0	$0			$3,070,157	$9,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,770,157	$283,300			$1,770,157	$221,300			$0	$0			$1,770,157	$9,300		$0	$0
Ciudad: MOSQUERA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						$1,770,157	$283,300			$1,770,157	$221,300			$0	$0			$1,770,157	$9,300		$0	$0
1	CC	35393451	MORERA MARIA	25-14	30	($1,300,000)	($208,000)	EPS005	30	($1,300,000)	($162,500)		0	$0	$0	14-23	30	($1,300,000)	($56,800)	0	$0	$0
2	CC	35393451	MORERA MARIA	25-14	30	$3,070,157	$491,300	EPS005	30	$3,070,157	$383,800		0	$0	$0	14-23	30	$3,070,157	$16,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,770,157	$283,300			$1,770,157	$221,300			$0	$0			$1,770,157	$9,300		$0	$0

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 35393451		MORERA CUBILLOS MARIA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 10 # 14a-85sur zpl303 torre1	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	8296351	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	1020844010	94767050&4	N	2024/10/11	2024/11/01	BANCO DAVIVIENDA	21	$521,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$283,300	$4,300	$0	$287,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$283,300	$4,300	$0	$287,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,300	$200	$0	$9,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,300	$200	$0	$9,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$221,300	$3,400	$0	$224,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$221,300	$3,400	$0	$224,700
TOTAL				1	$513,900	$7,900	$0	$521,800

Bogotá, D.C., 06 noviembre de 2024

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

Asunto: Declaración Juramentada

Yo, MARIA CAROLINA MORERA CUBILLOS con cédula de ciudadanía No. 35.393.451 de Mosquera, declaro bajo gravedad de juramento que:

- En mi calidad de contratista de la Secretaria de Salud de Cundinamarca que **SI** _x___ **NO** ____ 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,

MARIA CAROLINA MORERA CUBILLOS
C. C. No.35.393.451 expedida en Mosquera

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 **$ 2,722,950**

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**. $ 2.000.000
- ○ 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**). $ NA
- ○ 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**. $NA
- ○ 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**. $ NA
- ○ 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** $ NA
- ○ Relacione dependientes

Nombres y Apellidos Completos	**Parentesco**
ISABELLA MARIA RODRIGUEZ MORERA	HIJA

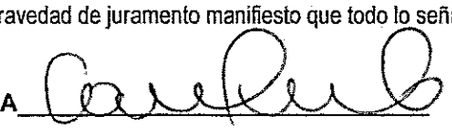
- ○ Deducción por aportes de salud de acuerdo con la Ley $ 510.000
- ○ Renta exenta por aportes obligatorios de pensiones de acuerdo con la Ley. $ 652.800
- ○ Rentan exenta por aportes a AFC y/o FPV máximo el 30% del ingreso fiscal hasta 3.800 UVT $ NA

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

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 

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIA CAROLINA MORERA CUBILLOS

CEDULA: 35.393.451 de Mosquera.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14992617220

(415)7707212489984(8020) 000001499261722 0

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	35393451	1 9 9 8 0 2 0 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Mosquera 4 7 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORERA	CUBILLOS	MARIA	CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Mosquera 4 7 3

41. Dirección principal: CL 10 14 A 85 SUR TO 1 AP 303

42. Correo electrónico: mcmorera13@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
2 5 0 0 4 0	3 1 8 3 4 9 1 8 4 8	3 1 8 3 4 9 1 8 4 3

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 - 03 - 15 / 10 : 39: 57

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 MORERA CUBILLOS MARIA CAROLINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 15-03-2024 10:40:14AM

Documento sin costo

Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren omisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	pago 001	11 días de tiempo transcurrido *(25/10/2024 2:34:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	8 días de tiempo transcurrido *(28/10/2024 1:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	3.000.000 COP	Aceptada	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	solicitud rp Cps 66.pdf	solicitud rp Cps 66.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	rp Cps 66.pdf	rp Cps 66.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	designacion de supervisor cps 66.pdf	designacion de supervisor cps 66.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	acta de inicio cps 66.pdf	acta de inicio cps 66.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	SS-CPS-788-2024-INFORME DE SUPERVISION.pdf	SS-CPS-788-2024-INFORME DE SUPERVISION.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

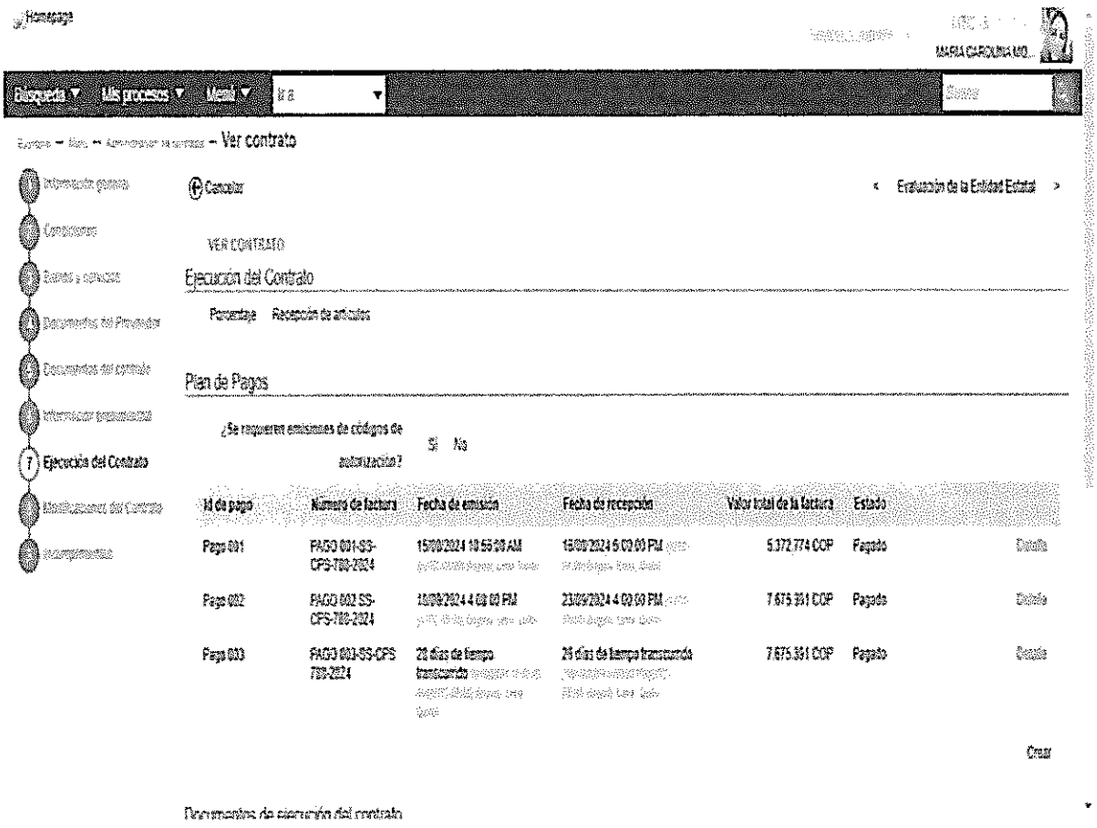
Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados

PANTALLAZO SECOP PAGOS CPS -788- 2024



Homepage

MARIA CAROLINA MO...

Búsqueda ▼ Mis procesos ▼ Mensajes ▼ Ir a ▼ Buscar

Ver contrato

Información general
Cronograma
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	PAGO 001-SS-CPS-788-2024	15/08/2024 10:55:00 AM	16/08/2024 5:00:00 PM	5.372.774 COP	Pagado	Detalle
Pago 002	PAGO 002 SS-CPS-788-2024	16/08/2024 4:00:00 PM	23/09/2024 4:00:00 PM	7.675.391 COP	Pagado	Detalle
Pago 003	PAGO 003-SS-CPS 788-2024	28 días de tiempo transcurrido	28 días de tiempo transcurrido	7.675.391 COP	Pagado	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato