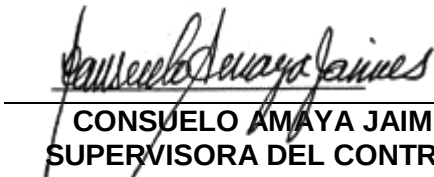


 Alcaldía Municipal de Floridablanca	OBLIGACIÓN CONTRAIDA	CÓDIGO	GMFP- F- 07
		VERSIÓN	08
	SECRETARÍA DE HACIENDA	FECHA ELAB	28-Agosto-2019
	PROCESO: GESTIÓN Y MANEJO DE LAS FINANZAS PUBLICAS	FECHA APROB	2/01/2024
		TRD	900

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATISTA									
NOMBRE COMPLETO		DANIEL SANDOVAL CUADROS							
C.C. O NIT		91.230.867 expedida en Bucaramanga							
NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO		3223627106							
VALOR COBRADO		\$5.000.000							
PERIODO DEL VALOR COBRADO		DÍA:28	MES:11	AÑO:2024	—	DÍA:27	MES:12	AÑO:2024	
INFORMACIÓN DEL CONTRATO :									
TIPO DE CONTRATO		CONTRATO No.				FECHA INICIO DEL CONTRATO			
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES		1993-2024-CO1.PCCNTR.6945399				DÍA:28	MES:10	AÑO:2024	
CDP: 24-03238	FECHA: 22/10/2024	RP: 24-04188				FECHA: 25/10/2024			
CDP ADICIONAL: N/A	FECHA: N/A	RP ADICIONAL: N/A				FECHA: N/A			
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EL DESARROLLO DE UNA ESTRATEGIA COMUNICATIVA PARA LA POLITICA DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA.”								
CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA									
ENTIDAD BANCARIA		BANCO DE BOGOTA							
NÚMERO DE CUENTA		600056659				AHORROS	X	CORRIENTE	
DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE SUMINISTRO EN EL CUADRO “CONTROL CUENTA BANCARIA DEL CONTRATISTA” ES VERDADERA, SE ENCUENTRA ACTUALIZADA Y ES DE MI PROPIEDAD.									
CONTROL DE SUPERVISIÓN									
NOMBRE SUPERVISORA		CONSUELO AMAYA JAIMES							
CARGO SUPERVISORA		PROFESIONAL ESPECIALIZADA GRADO 04							
FECHA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN		DÍA:30		MES:12		AÑO:2024			
CERTIFICO QUE CUMPLO CON LAS RESPONSABILIDADES COMO SUPERVISOR DE ESTE CONTRATO DEFINIDAS EN EL DOCUMENTO MECI [CO-F-103-18.005] “DESIGNACIÓN Y/O NOTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO”.									
FIRMAS RESPONSABLES									
 DANIEL SANDOVAL CUADROS RESPONSABLE DEL TRÁMITE  CONSUELO AMAYA JAIMES SUPERVISORA DEL CONTRATO									
REVISÓ Y APROBÓ OFICINA DE RADICACIÓN Y DIGITALIZACIÓN					NÚMERO DE RADICADO				
No. Folios:					Fecha: Hora:				

 Alcaldía Municipal de Floridablanca	INFORME FINAL DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE SUPERVISOR CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO	GC-F-15
			VERSIÓN	07
	OFICINA DE CONTRATACIÓN		FECHA ELAB	Febrero-2016
			FECHA APROB	02/01/2024
	PROCESO: GESTION DE LA CONTRATACIÓN		TRD	103-14

No. DE CONTRATO	1993-2024-CO1.PCCNTR.6945399	FECHA DE CONTRATO	24/10/2024
NOMBRE CONTRATISTA	DANIEL SANDOVAL CUADROS Cedula de Ciudadanía 91.230.867 expedida en Bucaramanga		
OBJETO DEL CONTRATO			
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EL DESARROLLO DE UNA ESTRATEGIA COMUNICATIVA PARA LA POLITICA DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR	CONSUELO AMAYA JAIMES		
CARGO DEL SUPERVISOR	PROFESIONAL ESPECIALIZADO		
OFICINA GESTORA	SECRETARIA DE SALUD		
PERIODO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO			
PERIODO CUMPLIDO DE EJECUCIÓN	28/11/2024 al 27/12/2024		
VALOR A PAGAR	\$5.000.000		
DANDO CUMPLIMIENTO A LA CLÁUSULA TERCERA DEL PRESENTE CONTRATO, SE RELACIONAN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL CUMPLIMIENTO DE ESTE PERÍODO DE EJECUCIÓN:			
No.	ACTIVIDAD CONTRACTUAL	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIA/SOPORTE
1.	Apoyar en el diseño y diagramación de las cartillas de la Política Publica de Participación Social en Salud en el Municipio de Floridablanca.	Se aplazo para el año 2025 la impresión de la cartilla por presupuesto	No requiere evidencia
2.	Articular con el equipo de comunicaciones del despacho del Señor alcalde el desarrollo de un blog para ser cargado en la página web institucional para divulgar la información sobre participación social en salud.	Según respuesta se aplazó para el año 2025 la instalación del blog en la página de la administración para que se tenga acceso a la información sobre participación social en salud.	Pantallazo de la conversación
3.	Brindar apoyo en el diseño de piezas graficas para convocar la asistencia de la comunidad a los diferentes espacios de participación social que se realizan en el municipio de Floridablanca.	Se diseño pieza grafica para la oficina de SERVICIO DE ATENCION AL CIUDADANO, OFICINA DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD, PROMOCION SOCIAL EN SALUDSOBRE NAVIDAD A LA COMUNIDAD	GRAFICA DISEÑADA
4.	Apoyar el diseño y publicación de las infografías relacionadas con temas de promoción y prevención con el fin de incentivar la cultura del autocuidado para ser difundidas en las redes sociales de la oficina de participación social y en los grupos de WhatsApp de la comunidad florideña	Se coordino con salud pública reunión para el diseño y publicidad de infografías relacionadas con el tema de promoción y prevención incentivar la cultura del autocuidado para ser difundidas en las redes sociales de la oficina de participación social y en los grupos de WhatsApp de la comunidad florideña	INFOGRAFIAS PARA REDES SOCIALES
5.	Articular con la personería municipal el diseño de infografías donde se fomente el control social como derecho del ciudadano para ser difundidas en las redes sociales de la Personería municipal y la secretaria	Ya se desarrollo esta actividad	No requiere evidencia

 Alcaldía Municipal de Floridablanca	ACTA DE TERMINACIÓN		CÓDIGO	GC-F-12
	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		VERSIÓN	11
	OFICINA DE CONTRATACIÓN		FECHA ELAB	13/03/2019
	PROCESO: GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		FECHA APROB	18/04/2024
			TRD	103-14

FECHA DE ACTA:	30/12/2024	ACTA N°	3
-----------------------	------------	----------------	---

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO			
N° DE CONTRATO	1993-2024-CO1.PCCNTR.6945399	FECHA CONTRATO	24/10/2024
NOMBRE CONTRATISTA E IDENTIFICACIÓN	DANIEL SANDOVAL CUADROS Cedula de Ciudadanía 91.230.867 expedida en Bucaramanga		
OBJETO DEL CONTRATO			
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EL DESARROLLO DE UNA ESTRATEGIA COMUNICATIVA PARA LA POLITICA DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA			
LUGAR DE EJECUCIÓN	MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR	CONSUELO AMAYA JAIMES		
CARGO DEL SUPERVISOR	PREOFESIONAL ESPECIALIZADO		
OFICINA GESTORA	SECRETARIA DE SALUD		
PLAZO DEL CONTRATO	DOS (02) MESES CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO, SIN EXCEDER LA VIGENCIA FISCAL 2024	PLAZO ADICIONAL DEL CONTRATO (si aplica)	N/A
VALOR DEL CONTRATO	\$ 10.000.000	VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO (si aplica)	N/A
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	28/10/2024		
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL	27/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN	27/12/2024

REGISTROS PRESUPUESTALES			
RESGISTROS INICIALES			
N° DE CDP	24-03238	FECHA DE EXPEDICIÓN	22/10/2024
N° DE RP	24-04188	FECHA DE EXPEDICIÓN	25/10/2024
REGISTROS ADICIONALES (si aplica)			
N° DE CDP	N/A	FECHA DE EXPEDICIÓN	N/A
N° DE RP	N/A	FECHA DE EXPEDICIÓN	E N/A

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
PERIODO	FECHA DE PAGO	N° DE PLANILLA	VALOR SALUD	VALOR PENSIÓN	VALOR ARL

 Alcaldía Municipal de Floridablanca	ACTA DE TERMINACIÓN CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO	GC-F-12
			VERSIÓN	11
	OFICINA DE CONTRATACIÓN		FECHA ELAB	13/03/2019
			FECHA APROB	18/04/2024
	PROCESO: GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		TRD	103-14

			SURA	COLPENSIONES	POSITIVA
NOVIEMBRE	27/11/2024	82067968	\$ 500.000	\$ 640.000	\$ 20.900
DICIEMBRE	05/12/2024	82372913	\$ 500.000	\$ 640.000	\$ 20.900

PÓLIZA DE GARANTÍAS (si aplica)		
NOMBRE ASEGURADORA	NUMERO DE PÓLIZA	FECHA DE APROBACIÓN
N/A	N/A	N/A
ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL		
TIPO DE ESTAMPILLA	Nº ESTAMPILLA	FECHA PAGO
DEPARTAMENTAL	2502400703568	5/12/2024
PERIODO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO		
PERIODO CUMPLIDO DE EJECUCIÓN	28/10/2024 al 27/12/2024	
OBSERVACIONES SUPERVISOR DEL CONTRATO		
N/A		

Que, mediante Decreto N° 0039 del 10 de enero de 2024, el Sr. Alcalde del Municipio de Floridablanca ha delegado en el/la Jefe de la Oficina de Contratación el ejercicio de la competencia para celebrar todos los contratos y convenios imputables a gastos de funcionamiento e inversión sin importar su naturaleza o dependencia donde se requiera el bien y/o servicio. Además, le corresponde la facultad residual, entendiéndose por tal, la celebración de contratos y convenios que no correspondan a ningún de los casos que expresamente sean delegados o asignados a otros despachos.

Por lo anterior, el suscrito Supervisor se sirve certificar que el Contratista cumplió a cabalidad con el objeto contratado y con sus actividades designadas correspondientes al periodo cumplido de ejecución, por tal motivo:

1. El SUPERVISOR del contrato revisó, verificó, aprobó y suscribió los diferentes informes de actividades que surgieron desde el inicio de ejecución del contrato, haciendo constar que el contratista cumplió a cabalidad con el objeto contractual y las actividades designadas por el periodo cumplido de ejecución. Por lo cual, se entiende pertenecerle a esta Acta dichos informes.
2. Las partes acuerdan que no habrá reconocimientos posteriores por concepto de honorarios, multas, sanciones o indemnizaciones a cargo de alguna de ellas a favor de la otra, como consecuencia de la terminación del contrato, por lo cual, no hay lugar a consignar observaciones ni objeciones.
3. Se deja la salvedad que el contratista de este contrato de prestación de servicios estuvo afiliado a la Administradora de Riesgos Laborales de su elección, con cobertura desde el inicio de ejecución del contrato hasta la fecha de terminación del mismo.
4. El SUPERVISOR del contrato verificó que el CONTRATISTA cumplió con sus deberes de legalización, de acuerdo con lo establecido en la cláusula que señala la forma de pago, en especial, el de haber sufragado los pagos de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Integral, así como los propios del Sena, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, según corresponda, por el periodo cumplido de ejecución.
5. El ORDENADOR DEL GASTO, el CONTRATISTA y el SUPERVISOR del contrato, de común acuerdo, dan por terminado el presente contrato y declaran estar a paz y salvo una vez la Tesorería del Municipio efectuó el pago de los valores adeudados por valor de \$ 5.000.000 resulta procedente que las partes intervinientes se declaren a paz y salvo por todo concepto derivado de la ejecución del contrato N° 1993-2024- CO1.PCCNTR.6945399 de fecha 24/10/2024 , comprometiéndose la

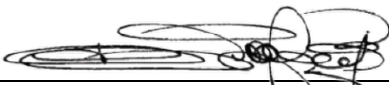
 Alcaldía Municipal de Floridablanca	ACTA DE TERMINACIÓN		CÓDIGO	GC-F-12
	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		VERSIÓN	11
	OFICINA DE CONTRATACIÓN		FECHA ELAB	13/03/2019
	PROCESO: GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN		FECHA APROB	18/04/2024
			TRD	103-14

OFICINA DEL SAC/SECRETARIA DE SALUD a surtir los trámites necesarios para efectuar el pago del saldo por cancelar.

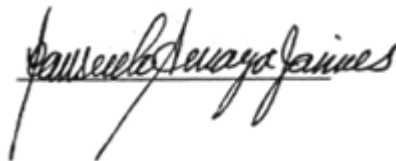
En consecuencia, las partes manifiestan entender y estar de acuerdo que el balance final de la ejecución de este contrato es el siguiente:

BALANCE FINAL DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO		
DETALLE	CONTRATADO	PAGOS REALIZADOS
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10.000.000	N/A
VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO (si aplica)	N/A	N/A
PRIMER PAGO	N/A	\$ 5.000.000
SEGUNDO PAGO	N/A	\$ 5.000.000
SALDO A FAVOR DEL MUNICIPIO (si aplica)	N/A	N/A
TOTAL (sumas iguales)	\$ 10.000.000	\$ 10.000.000

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta de terminación por quienes en ella intervinieron, en el municipio de Floridablanca - Santander, a los treinta (30) días del mes de diciembre del año 2024.



DIANA MILENA VILA FLOREZ
Jefe Oficina de Contratación
Ordenador del gasto



CONSUELO AMAYA JAIMES
Supervisor



DANIEL SANDOVAL CUADROS

C.C.91.230.867 expedida en
Bucaramanga
Contratista

Proyectó: Alejandra Centeno – Abogada Enlace SSM

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	91230867	DANIEL SANDOVAL CUADROS		Calle 89 No.24-59	6361800	danielsandovalcuadros@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-11	2024-11	I	27/11/2024	82067968	10
					TOTAL A PAGAR
					\$1.160.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	500.000	0		0		0	0	0	0	500.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	640.000	0	0	0	0	0	0		640.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	20.900				20.900	0	0	20.900			209	20.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
						Valor Mora Aporte	Total a Pagar
							No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	500.000	500.000
Pensión	1	640.000	640.000
Riesgos Laborales	1	20.900	20.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.160.900	1.160.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	91230867	DANIEL SANDOVAL CUADROS		Calle 89 No.24-59	6361800	danielsandovalcuadros@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UPC
					1
					0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	I	27/11/2024	82067968	\$1.160.900

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	91230867	SANDOVAL CUADROS DANIEL	59	0	N																				25-14	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS010	4.000.000	500.000	14-23	4.000.000	1	20.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	91230867	DANIEL SANDOVAL CUADROS		Calle 89 No.24-59	6361800	danielsandovalcuadros@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-12	2024-12	I	05/12/2024	82372913	TOTAL A PAGAR
					\$1.160.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	500.000	0		0		0	0	0	0	500.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	640.000	0	0	0	0	0	0		640.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	20.900				20.900	0	0	20.900			209	20.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
						Valor Mora Aporte	Total a Pagar
							No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	500.000	500.000
Pensión	1	640.000	640.000
Riesgos Laborales	1	20.900	20.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.160.900	1.160.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	91230867	DANIEL SANDOVAL CUADROS		Calle 89 No.24-59	6361800	danielsandovalcuadros@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				10
TOTAL A PAGAR					
2024-12	2024-12	I	05/12/2024	82372913	\$1.160.900

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	91230867	SANDOVAL CUADROS DANIEL	59	0			N																		25-14	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS010	4.000.000	500.000	14-23	4.000.000	1	20.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502400703568

Contribuyente

Trámite

CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION

PRO HOSPITAL

\$100.000

PRO UIS

\$100.000

Total Estampillas

\$200.000

Ordenanza 012

\$20.000

Total a Pagar

\$220.000

Fecha de Expedición

5/12/2024 6:21:31 p. m.

Fecha Limite de Pago

2024/12/11

Con destino a:

Alcaldía de Floridablanca

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.

Número 91230867

Nombre DANIEL SANDOVAL CUADROS

Dirección

Municipio BUCARAMANGA

Teléfono

Departamento SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502400703568(3900)00000000220000(96)20241211

0000000000

2705731749

NRO. CONTRATO

6.945.399

VALOR BASE

5.000.000

VALOR ORDEN DE PAGO

5.000.000

VALOR TOTAL CONTRATO

10.000.000

NUMERO ORDEN DE PAGO

02

FECHA CONTRATO

24/10/2024

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400703568

Trámite

CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION

Con destino a:

Alcaldía de Floridablanca

Tipo de Doc. C.C.

Número: 91230867

Nombre: DANIEL SANDOVAL CUADROS

Dirección:

Teléfono:

PRO HOSPITAL

\$100.000

PRO UIS

\$100.000

Total Estampillas

\$200.000

Ordenanza 012

\$20.000

Total a Pagar

\$220.000

NRO. CONTRATO

6.945.399

VALOR BASE

5.000.000

VALOR ORDEN DE PAGO

5.000.000

VALOR TOTAL CONTRATO

10.000.000

NUMERO ORDEN DE PAGO

02

FECHA CONTRATO

24/10/2024

SVC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400703568

Trámite

CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION

Con destino a:

Alcaldía de Floridablanca

Total a Pagar

\$220.000

Fecha de Expedición

5/12/2024 6:21:31 p. m.

Fecha Limite de Pago

2024/12/11

PRO HOSPITAL

\$100.000

PRO UIS

\$100.000

Total Estampillas

\$200.000

Ordenanza 012

\$20.000

NRO. CONTRATO

6.945.399

VALOR BASE

5.000.000

VALOR ORDEN DE PAGO

5.000.000

VALOR TOTAL CONTRATO

10.000.000

NUMERO ORDEN DE PAGO

02

FECHA CONTRATO

24/10/2024

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400703568

Trámite

CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION

Con destino a:

Alcaldía de Floridablanca

PRO HOSPITAL

\$100.000

PRO UIS

\$100.000

Total Estampillas

\$200.000

Ordenanza 012

\$20.000

Total a Pagar

\$220.000

Contribuyente

Tipo de Doc. C.C.

Número 91230867

Nombre DANIEL SANDOVAL CUADROS

Dirección

Municipio BUCARAMANGA

Teléfono

Departamento SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502400703568(3900)00000000200000(96)20241211

NRO. CONTRATO

6.945.399

VALOR BASE

5.000.000

VALOR ORDEN DE PAGO

5.000.000

VALOR TOTAL CONTRATO

10.000.000

NUMERO ORDEN DE PAGO

02

FECHA CONTRATO

24/10/2024

Fecha de Expedición

5/12/2024 6:21:31 p. m.

Fecha Limite de Pago

2024/12/11

PRO HOSPITAL

\$100.000

PRO UIS

\$100.000

Total Estampillas

\$200.000

Ordenanza 012

\$20.000

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502400703568

Con ribuyen e

Tipo de Doc. C.C.

Número 91230867

Nombre DANIEL SANDOVAL CUADROS

Dirección

Municipio BUCARAMANGA

Teléfono

Departamento SANTANDER

Trámite

CONTRATOS - ORDENES DE PRESTACION DE SERVICIOS Y CONTRATOS DE ADICION

Con destino a:

Alcaldía de Floridablanca

Fecha de Expedición

5/12/2024 6:21:31 p. m.

Total a Pagar

\$220.000

(415)8902012356005(8020)02502400703568(3900)00000000200000(96)20241211

(415)8902012356006(8020)02502400703568(3900)00000000200000(96)20241211

PRO HOSPITAL

\$100.000

PRO UIS

\$100.000

BP G. 11048001150-1

BP SYC. 22048012843-8

Total Estampillas

\$200.000

Ordenanza 012

\$20.000



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, **DANIEL SANDOVAL CUADROS** identificado con **CC No. 91230867**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA - NI. 890205176	Fecha de inicio de cobertura: 26/10/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 28/10/2024 Fecha fin de Contrato: 28/12/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE 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 prórroga 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): 202401022173417.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 6 días del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,

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

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DANIEL		SANDOVAL	CUADROS

Documento de identificación	
Tipo CEDULA DE CIUDADANIA	Número 91230867

Lugar de nacimiento			
País COLOMBIA	Departamento SANTANDER	Municipio BUCARAMANGA	

Lugar de domicilio			
País COLOMBIA	Departamento SANTANDER	Municipio BUCARAMANGA	

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ALCALDIA DE FLORIDABLANCA	
Lugar de sede		
País COLOMBIA	Departamento SANTANDER	Municipio FLORIDABLANCA
Dirección	<input 5="" 8-25="" antiguo"]"="" calle="" casco="" no.="" type="text" value="["/>	
Cargo o función que cumple	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2023 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$110.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	\$15.000.000,00
TOTAL	\$125.000.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$22.010,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
PARCELA	COLOMBIA	SANTANDER	PIEDRECUESTA	\$223.742.000,00
APARTAMENTO	COLOMBIA	SANTANDER	BUCARAMANGA	\$440.000.000,00
VEHÍCULO	COLOMBIA	SANTANDER	BUCARAMANGA	\$56.000.000,00
VEHÍCULO	COLOMBIA	SANTANDER	BUCARAMANGA	\$78.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
LEASING FAMILIAR	\$300.000.000,00
CRÉDITO ROTATIVO	\$25.000.000,00
DEUDA PERSONAL	\$30.000.000,00

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí ☐ No ☒

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí ☐ No ☒

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí ☒ No ☐

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí ☐ No ☒

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANA	FRANCISCA	MARTÍNEZ	QUINTERO

Tipo documento CEDULA DE CIUDADANIA Número 63308055

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí ☐ No ☒

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí ☐ No ☒

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí ☐ No ☒

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí ☐ No ☒

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

--



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, **DANIEL SANDOVAL CUADROS** identificado con **CC No. 91230867**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA - NI. 890205176	Fecha de inicio de cobertura: 26/10/2024 Estado Afiliación: INACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 28/10/2024 Fecha fin de Contrato: 28/12/2024 Fecha de Retiro: 28/12/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE 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): 202401022670276.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 días del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,

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