

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE COTA	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL		CÓDIGO: PRGC17-0000-0000-FO02
			VERSIÓN: 02
	FORMATO ACTA DE CORTE DE PAGO		FECHA APROBACIÓN: 10/06/2022
			Página 1 de 3

1. INFORMACIÓN CONTRATISTA			
Fecha:	27/12/2024	Acta de Corte N°	2 y final
Periodo Ejecución:	01/12/2024	al	27/12/2024
Persona natural:	☒	Persona jurídica:	☐
Modalidad contratación:	CONTRATACIÓN DIRECTA		
Numero cedula:	105238193	NIT:	
N° contrato:	SDM-CD-1678-2024		
Nombre contratista:	DIANA ROCIO CUBIDES MERCHAN		
Correo electrónico:	chavito07_89@gmail.com	Numero de contacto:	3214971746
Nombre y cargo del supervisor:	DIANA CAROLINA BARBOSA AREVALO		
	Secretaria de Desarrollo Social		

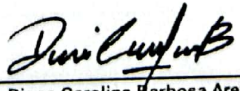
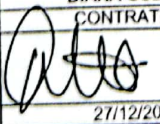
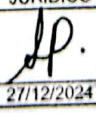
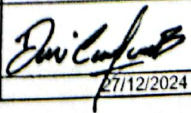
OBJETO DE CONTRATO:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA EL PROGRAMA POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD DEL MUNICIPIO DE COTA CUNDINAMARCA

2. BALANCE FINANCIERO		3. GENERALIDAD DE CONTRATISTA	
Valor inicial del contrato:	\$ 4.340.000,00	Plazo inicial del contrato:	(1) MES Y 12 DIAS
Adicional N° 1 (SI APLICA):		Prorroga N° 1 (SI APLICA):	N/A
Adicional N° 2 (SI APLICA):	\$ -	Prorroga N° 2 (SI APLICA):	N/A
Adicional N° 3 (SI APLICA):	\$ -	Prorroga N° 3 (SI APLICA):	N/A
Adicional N° 4 (SI APLICA):	\$ -	Fecha de acta de inicio:	16/11/2024
Adicional N° 5 (SI APLICA):	\$ -	Suspensión N° 1 (SI APLICA):	N/A
Adicional N° 6 (SI APLICA):	\$ -	Reinicio N° 1 (SI APLICA):	N/A
Adicional N° 7 (SI APLICA):	\$ -	Suspensión N° 2 (SI APLICA):	N/A
Valor total del contrato:	\$ 4.340.000,00	Reinicio N° 2 (SI APLICA):	N/A
Acta de corte (1):	\$ 1.550.000,00	Tiempo de cesión (SI APLICA):	N/A
Acta de corte (2):	\$ 2.790.000,00		
Acta de corte (3):	\$ -	Plazo total del contrato:	(1) MES Y 12 DIAS
Acta de corte (4):	\$ -	Fecha de terminación del contrato:	27/12/2024
Acta de corte (5):	\$ -	Nombre cedente (SI APLICA):	N/A
Acta de corte (6):	\$ -	Identificación del cedente (SI APLICA):	N/A
Acta de corte (7):	\$ -	Numero del contrato objeto de la cesión (SI APLICA):	N/A
Acta de corte (8):	\$ -	Fecha de cesión de contrato (SI APLICA):	N/A
Acta de corte (9):	\$ -		
Acta de corte (10):	\$ -		
Acta de corte (11):	\$ -		
Acta de corte (12):	\$ -		
Valor ejecutado:	\$ 4.340.000,00		
Saldo por ejecutar:	\$ -		

4. RELACIÓN DE ANEXOS ENTREGADOS	PAGINAS	SI	NO	CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
Informe de actividades:	3	X		El suscrito supervisor, certifica que previa revisión del acta de corte, y los anexos relacionados con el informe de actividades CUMPLE con los requisitos legales necesarios para autorizar el pago.
Cuenta de cobro y/o factura:	1	X		
Planilla de seguridad social y planilla resumen	3	X		
Certificado de aportes suscritas por el revisor fiscal:			X	
Copia tarjeta profesional del contador o revisor fiscal:			X	
Certificado de la junta de contadores persona jurídica:			X	
Otros (especificar): certificación bancaria y paz y salvo	2	X		
Anexo, Medio magnético CD, USB, OTROS:CD		X		

5. OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

Toda la información registrada y cargada en el aplicativo SECOP II, por el contratista se presenta de manera digital, dejando constancia del aval por el supervisor en el mismo aplicativo SECOP II. Los productos y soportes entregados reposarán en la plataforma de almacenamiento de la Entidad.

 NOMBRE: DIANA ROCIO CUBIDES MERCHAN CONTRATISTA		 NOMBRE: Diana Carolina Barbosa Arevalo SUPERVISOR	
NOMBRE	ELABORO	REVISO	APROBÓ
	DIANA CUBIDES	LILIA DEL PILAR ESQUIVEL	DIANA CAROLINA BARBOSA
CARGO	CONTRATISTA	JURIDICO	SUPERVISOR
FIRMA			
FECHA:	27/12/2024	27/12/2024	27/12/2024



ALCALDIA MUNICIPAL
DE COTA

PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

CÓDIGO: PRGC17-0000-0000-F004

VERSIÓN: 03

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA APROBACIÓN: 05/09/2022

Página 1 de 3

FECHA	NÚMERO DE CONTRATO	ACTA DE CORTE No	PERIODO DE EJECUCIÓN	
27/12/2024	SDM-CD-1678- 2024	2 y FINAL	1/12/2024	27-12 - 2024
Nombre Del Contratista	DIANA ROCIO CUBIDES MERCHAN		No. DE IDENTIFICACIÓN	1052381193
Nombre Y Cargo Del Supervisor	DIANA CAROLINA BARBOSA ARÉVALO - SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL			
Objeto Del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL PROGRAMA POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD DEL MUNICIPIO DE COTA CUNDINAMARCA			

MEDIOS DE VERIFICACIÓN: Seleccionar uno o más de estos medios de verificación para cada actividad desarrollada en las obligaciones contractuales e indicarlos en el cuadro correspondiente.

- Actas de reunión.
- Documentos técnicos
- Actos administrativos
- Registro fotográfico.
- Listado asistencia
- Listado correspondencia
- Concepto Técnico

- Lista atención público
- Listado visitas
- Diapositivas
- Actas
- Otro Documento
- Encuestas

1. DESARROLLO DEL INFORME

OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:

1. Adelantar las acciones de prevención tales como toma de signos vitales diariamente, talla y peso mínimo cada mes y seguimiento de órdenes medicas a los usuarios del centro renacer.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Durante este periodo se realizo toma de tensión a algunos usuarios del centro Renacer	Registro fotográfico

OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:

2. Preparar los insumos y los pacientes para la realización de curaciones y demás acciones de emergencia que puedan presentarse.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Durante este periodo no se ejecutó esta obligación	No aplica

OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:

3 realizar seguimiento domiciliario de las patologías cuando se requiera a la población con discapacidad, en un término no superior a dos días.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Durante este periodo no se ejecutó esta obligación	No aplica

OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:



ALCALDIA MUNICIPAL
DE COTA

PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

CÓDIGO: PRGC17-0000-0000-F004
VERSIÓN: 03

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA APROBACIÓN: 05/09/2022
Página 2 de 3

4.Promover hábitos de la salud y prevención de la enfermedad con la población semanalmente.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Se realiza charlas sobre una buena higiene bucal para así prevenir enfermedades de bucales se les fortalece el buen habito del lavado de dientes.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:

5.Adelantar capacitaciones de taller de hábitos de vida saludables para prevenir la obesidad.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Se realiza charlas sobre una buena higiene bucal para así prevenir enfermedades de bucales se les fortalece el buen habito del lavado de dientes.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:

6. El contratista deberá adelantar semanalmente las labores de asepsia, desinfección e higiene de todos los elementos que pudiesen presentar anomalías de este tipo cuando se adelantan los controles (tensión, talla, peso, seguimiento de órdenes médicas).

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Se realiza asepsia, desinfecto e higiene a todos los elementos que se utilizan para la toma de signos vitales.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:

7. Apoyar en el archivo documental tanto en medio físico como magnético de los beneficiarios y del programa de discapacidad, así mismo llevar un archivo personal de los usuarios a los cuales les brinda atención de acuerdo con su objeto contractual.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Se realiza apoyo a la organización del archivo

OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:

8 apoyar la implementación de acciones que contribuyan al desarrollo y cumplimiento de la política pública de personas con discapacidad.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

MEDIOS DE VERIFICACIÓN
se apoyaron las actividades de salida de vacaciones recreativas con los usuarios del centro renacer. Se apoya salida de bienestar con los usuarios que no pudieron ir a san Andrés Se apoya actividad de clausura de los usuarios del centro renacer Se apoya entrega de aguinaldo navideño Se asiste a reunión de equipo el lunes Se apoya ruta. Se apoya clase de gastronomía Se apoya actividad de coca cola station

OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:

9.Disponer de un repositorio o archivo físico y digital de las intervenciones propias de su área con los participantes del programa de discapacidad.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

MEDIOS DE VERIFICACIÓN
Durante este periodo se ejecutó esta obligación

OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES:

RACTUALES:



ALCALDIA MUNICIPAL
DE COTA

PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

CÓDIGO: PRGC17-0000-0000-F004

VERSIÓN: 03

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA APROBACIÓN: 05/09/2022

Página 3 de 3

10. Mantener en excelentes condiciones y orden el área de enfermería del centro renacer.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

MEDIOS DE
VERIFICACIÓN

Se ordena y limpia diariamente el servicio de enfermería.

Registro fotográfico

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS CONTRACTUALES:

11. Asistir y apoyar el desarrollo de las actividades propuestas para el cumplimiento del Plan de Desarrollo y de las políticas públicas de la Secretaría de Desarrollo Social del Municipio de Cota, cuando sea convocado

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

MEDIOS DE
VERIFICACIÓN

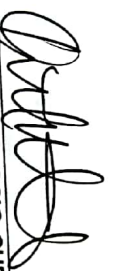
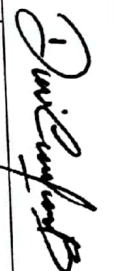
Durante este periodo se apoya salida de bienestar institucional de algunos usuarios del centro renacer

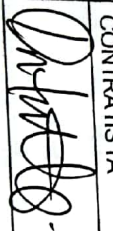
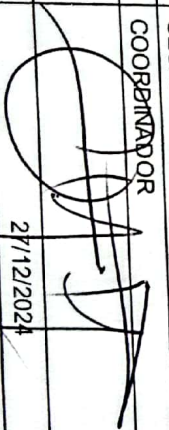
Registro fotográfico

Nota 1: Las evidencias y/o soportes de las actividades realizadas para las obligaciones se encuentran adjuntas al presente informe en un (01) CD o en un (01) archivo en formato PDF.

Nota 2: Toda la información cargada por el contratista en el aplicativo SECOP II se manejará de manera digital, dejando constancia del aval por el supervisor, su aprobación en el mismo aplicativo SECOP II y los productos y soportes entregados reposarán en la plataforma de almacenamiento de la Entidad.

Observaciones supervisor:

			
Nombre Contratista:	DIANA ROCIO CUBIDES MERCHAN	Nombre Supervisor:	DIANA CAROLINA BARBOSA ARÉVALO

ELABORO		REVISO	
NOMBRE	DIANA ROCIO CUBIDES MECHAN	COORDINADOR	CESAR ANDRES PINILLA
CARGO	CONTRATISTA		
FIRMA			
FECHA	27/12/2024		27/12/2024

Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes.

Cota, 27 de diciembre del 2024

LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE COTA CUNDINAMARCA
NIT: 899999705-3

DEBE A:

DIANA ROCIO CUBIDES MERCHAN identificado con cédula de ciudadanía No.
10523811913 de Duitama – Boyacá.

Quien cuenta con las siguientes características contractuales:

Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL PROGRAMA POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD DEL MUNICIPIO DE COTA CUNDINAMARCA
Periodo ejecutado:	Del 1 al 27 de diciembre del 2024
Valor:	DOS MILONES SETECIENTOS NOVENTA MIL PESOS Mcte (\$2.790.000) ✓
Por Concepto de	Prestación de servicios del Contrato No. SDM-CD-1678-2024 ✓
N° y mes de planilla de Seguridad Social	Número de planilla del mes 9478278625 de diciembre 2024 ✓
Nivel del riesgo ARL	2
Modalidad de pago	Cheque ☐ Transferencia electrónica ☒
** Si el pago es por transferencia electrónica realizar en la cuenta de ahorros N° 00130909000200000305 del Banco BBVA	

Atentamente

DIANA ROCIO CUBIDES MERCHAN

C.C. 10523811913

Cel.: 3214971746

Correo electrónico: chavito07.89@gmail.com



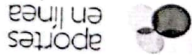
Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE													
Identificación		dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1052381193			CUBIDES MERCHANTIANA ROCIO		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		vda el abra sector el cañon		COTA-CUNDINAMARCA		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION													
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago					
Pension		Salud		Planilla		Planilla		Limite		Banco		Dias Mora	
2024-12		35146889		I		2025/01/23		2024/12/09		BANCO DE OCCIDENTE		0	
LIQUIDACION DETALLADA DEL APORTANTE													
2024-12		9478278625										\$384,100	

EMPLEADO		NOVEDADES										PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES																			
No.	Identificación	Nombre	ing	rec	tde	tae	idp	tap	vsp	cor	vst	sh	lfe	ma	vac	ap	act	in	ip	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Excedente SEHA e ICBF	Total Aportes	

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1052381193		CUBIDES MERCHAN DIANA ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	vda el abra sector el cañon	COTA-CUNDINAMARCA	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-11	2024-11	08041115	9477051895	I	2024/12/20	2024/11/15	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$384,100
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	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$13,600	\$0	\$0	\$13,600	
COLSANITAS ARL	14-33	901,469,580	2	1	\$13,600	\$0	\$0	\$13,600	
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	\$384,100	\$0	\$0	\$384,100	



Certificado de Aportes

Se certifica que DIANA ROCIO CUBIDES MERCHANT identificado(a) con CC 1052381193 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: CUBIDES MERCHANT DIANA ROCIO CC 1052381193																										
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Ing	ret	tde	tas	tdp	vsp	cor	vct	sin	lge	lma	vac	avp	vct	lri	vip	
9478278625	35146889	I	2024-12-09	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACION OBLIGATORIA	2024-12	30																	
9478278625	35146889	I	2024-12-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACION OBLIGATORIA	2024-12	30																	
9478278625	35146889	I	2024-12-09	ARL	14-33	COLSANITAS ARL	COTIZACION OBLIGATORIA	2024-12	30																	
9477051895	08041115	I	2024-11-15	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACION OBLIGATORIA	2024-11	30																	
9477051895	08041115	I	2024-11-15	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACION OBLIGATORIA	2024-11	30																	
9477051895	08041115	I	2024-11-15	ARL	14-33	COLSANITAS ARL	COTIZACION OBLIGATORIA	2024-11	30																	
Novedades																										

Este certificado se expide el día 2024-12-09 a las 11:12.

Certificación Bancaria

Viernes, 15 de noviembre de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que DIANA ROCIO CUBIDES MERCHANT identificado(a) con CC 1052381193, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	82766690510	2024-04-24	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01 800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe,
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, reportelo de inmediato a correosospachosob@bancolombia.com.co

PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL
FORMATO DE PAZ Y SALVO PARA
CONTRATISTA DE PRESTACION DE
SERVICIOS

CODIGO:
PRGC17-0000-0000-F002
VERSION 02
FECHA APROBACIÓN
10/11/2021
Página 1 de 4

FECHA 27 12 2024
DATOS DEL CONTRATISTA Y DEL CONTRATO

Nombres y Apellidos:		Diana rocio cubides merchan		Documento de identidad	1052384193
Correo personal:		chavito07_89@gmail.com		Celular:	3214921746
Correo institucional:				Dirección:	vereda el abra sector el cañon
Motivación de la solicitud:		Terminación contrato ☒ Cesión de contrato ☐ ☐			
Número de Contrato:		SDM-CD-1678-2024		Tipo de contrato	PRESTACION DE SERVICIOS
Fecha de Inicio de contrato:		16/11/2024		Fecha de Terminación de contrato	27/12/2024
Secretaría o Dirección a la que pertenece:		Secretaría de desarrollo social		Supervisor de contrato	Diana Carolina Barbosa

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL PROGRAMA POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD DEL MUNICIPIO DE COTA CUNDINAMARCA

2. PAZ Y SALVO POR PARTE DE LAS AREAS

Áreas de competencia	Criterios a verificar	observaciones	Vo. Bo. Firma
Informe de gestión de contrato	Entrega de informe final solicitado por el supervisor (Cuando aplique), además se debe entregar toda la información de los productos exigidos en el contrato, previo a su liquidación.		
Archivo Central	Estar al día con carpetas y documentos solicitados al archivo central. Cuando aplique		
Archivo de gestión documental	Entrega de toda la información generada para cumplir obligaciones del objeto del contrato en archivo físico y digital. El archivo físico se entrega bajo lineamientos archivísticos. Carpetas organizadas y rotuladas según las TRD y en formato de inventario FUID y el archivo digital se entrega en un CD.		
Atención al ciudadano	Entrega de PQRS (incluyendo fecha de respuesta, estado y pendientes) acorde con el reparto interno para trámite de respuesta.		
Alinear	Entrega de elementos de inventario devolutivo asignados (vehículos, maquinaria, equipos, material de oficina y mobiliario asignados) Cuando aplique		

El suscrito supervisor del contrato, certifica que el contratista se encuentra a paz y salvo por los conceptos arriba mencionados.

NOMBRE	CARGO	FIRMA	FECHA
DIANA CAROLINA BARBOSA	SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL		27/12/2024
ARÉVALO			