2025 -03 -17 **576,000.00**

CORZO CASTRO JOSE ARLEY

QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE

# MUNICIPIO DE SOACHA

CALLE 13 7-30
NIT. 800094755-7
SOACHA
Fecha : 17/03/2025

**COMPROBANTE DE EGRESO Nº** **3021**

**Beneficiario:** 1093756993 - CORZO CASTRO JOSE ARLEY
**Concepto :** ACTA # 1 DE 28 AL 30 ENE 2025 - CONTRATO 1133/2025 PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EPIDEMIOLOGIA PARA LA GESTIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE SOACHA - SS160 BPM2024257540029

**Valor Egreso:** 576,000.00 **Orden:** 2820
**Banco:** BANCO BANCOLOMBIA **Cuenta Nº :** 22113580074

**CUENTAS CONTABLES**

| COD. CUENTA | CONCEPTO | DEBITOS | CREDITOS |
|---|---|---|---|
| 1110060106 | Col.Fdo.Loc.Sal.8007-4 | 0.00 | 576,000.00 |
| 249054 | Honorarios | 576,000.00 | 0.00 |
| | **TOTALES** | **576,000.00** | **576,000.00** |

**DISTRIBUCION PRESUPUESTAL**

| RUBRO | NOMBRE |
|---|---|
| 0111 - | Salud publica colectiva Meta 08 - 91 Mejoramiento de las acciones de inspección, vigilancia y control en el |

**DETALLE DE LIQUIDACION DE ORDEN No.2820**

| Descripción | % | Valor Base | | Valor |
|---|---|---|---|---|
| **Descuentos y otros recargos** | | | | |
| RETENCION ICA 10 X MIL | -1,00 | 600,000.00 | | -6.000,00 |
| Adulto Mayor | -3,00 | 600,000.00 | | -18.000,00 |
| | | | **-$** | **24,000.00** |
| | | **VALOR NETO** | **$** | **576.000,00** |

**FRANCY ENEIDA COY SUAREZ**
DIRECTORA DE TESORERIA

## ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO Nº 3,021

| No Nit | Beneficiario | Valor Neto Cheque Girado | Información bancaria beneficiario | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Cuenta | Tipo Cuenta | Entidad Bancaria | |
| 1 1093756993 | CORZO CASTRO JOSE ARLEY | 576,000.00 | | Corriente | | |
| | **TOTAL** | **576,000.00** | | | | |

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

**Elaboro:** NRODRIGUEZ1

# MUNICIPIO DE SOACHA

NIT. 800094755-7

**ORDEN DE PAGO**

**Vigencia Fiscal 2025** **Orden de Pago No. 2820**

**Lugar y Fecha:** SOACHA 17-mar.-2025
**Tipo de Orden:** HONORARIOS
**Pagado a:** CORZO CASTRO JOSE ARLEY **Nit/C.C. :** 1093756993 2 Persona Natural
**Documento_:** Contrato 1133/2025
**Facturas:**
**Concepto:** ACTA # 1 DE 28 AL 30 ENE 2025 - CONTRATO 1133/2025 PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EPIDEMIOLOGIA PARA LA GESTIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE SOACHA - SS160 BPM2024257540029

**Programa:**

Registro Presupuestal: **1182** Vigencia Registro: **2025** Contrato : 1133/2025

**Detalle Orden**

| Imputación Presupuestal | Valor |
|---|---|
| 0111 - 2.3.19.05.052.08.2.3.2.02.02.009.9 1122.19.02.91 - 50 | 600.000,00 |
| | $ 600.000,00 |

**Detalle Liquidación**

| Descripción | % | V. Base | Valor |
|---|---|---|---|
| **Descuentos y otros recargos** | | | |
| RETENCION ICA 10 X MIL | -1,000 | 600,000.00 | -6.000,00 |
| Adulto Mayor | -3,000 | 600,000.00 | -18.000,00 |
| | | | $-24.000,00 |
| | | | **$ 576.000,00** |

*OP - APROBADA:El Secretario de Hacienda AUTORIZA la siguiente ORDEN DE PAGO, Conforme a lo consignado en la liquidación contenida en la presente AFECTACIÓN CONTABLE y PRESUPUESTAL.*

*JOHANNA CAROLINA TAVERA RUIZ*
*SECRETARIA DE HACIENDA*

**Afectación Contable**

| Cuenta | Débito | Crédito | Descripción |
|---|---|---|---|
| 24362705 | 0.00 | 6.000.00 | RETENCION ICA 10 X MIL |
| 249054 | 0.00 | 576.000.00 | Honorarios |
| 24909009 | 0.00 | 18.000.00 | Fondo Adulto mayor |
| 55020501 | 600.000.00 | 0.00 | Honorarios |
| | 600.000,00 | 600.000,00 | |

**SOL YALILE VASQUEZ PARRA**
CONTADORA MUNICIPAL (C)

17 Mar 25

IMPRIMIO : ESPERANZA RAMIREZ

Pct Enterprise

ORIGINAL Pag. 1

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

**Empresa:** MUNICIPIO DE SOACHA
**NIT:** 800094755
**Tipo de pago:** PAGOS CUENTA MAESTRA

**Nombre del pago:** SAL048A
**Secuencia:** g
**Número de cuenta a debitar:** 22113580074

**Fecha:** 19-03-2025 **Hora:** 10:04:48
**Fecha de Generación:** 19-03-2025

**Fecha de envío del pago:** 17-03-2025
**Fecha para Procesar el pago:** 17-03-2025

**Impreso por:** Nrodriguez1

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Total Registros del Lote:** 3 | **Registros Procesados:** 3 | **Registros Rechazados:** 0 | **Registros Pendientes:** 0 |
| **Valor Total del Pago:** $8,437,600.00 | **Valor Registros Procesados:** $8,437,600.00 | **Valor Registros Rechazados:** $0.00 | **Valor Registros Pendientes:** $0.00 |

| NÚMERO DE CUENTA | TIPO DE CUENTA | DOCUMENTO BENEFICIARIO | NOMBRE BENEFICIARIO | VALOR | ENTIDAD | ESTADO | FECHA APLICACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 91251648064 | Ahorros | 1073683940 | LUCY ANDREA HERNAN | 2,313,600.00 | BANCOLOMBIA | ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE | 17-03-2025 |
| 00000000446222515 | Ahorros | 1093756993 | JOSE ARLEY CORZO | 5,548,000.00 | BANCO BBVA | ABONADO EN ENTIDAD DE ACH | 17-03-2025 |
| 00000000446222515 | Ahorros | 1093756993 | JOSE ARLEY CORZO | 576,000.00 | BANCO BBVA | ABONADO EN ENTIDAD DE ACH | 17-03-2025 |

Folios - 16

| Alcaldía Municipal de Soacha | ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA | CÓDIGO | | GF-FR-F001 |
|---|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | | 2 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | | |
| | TRAMITE DE PAGO | DD | MM | AA |
| | FORMATO DE INFORMACIÓN GENERAL | 5 | 3 | 2024 |

**ESPACIO PARA SELLOS**

| RADICACION | CENTRAL DE CUENTAS |
|---|---|
| ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA SECRETARIA DE HACIENDA RECIBIDO RADICACIÓN MARZ 6 | 2820 |

**1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO**

| NUMERO DE CONTRATO | 1133 |
|---|---|
| **OBJETO** | |
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EPIDEMIOLOGIA PARA LA GESTIÓN Y EL FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA - SS160 | |

| | |
|---|---|
| FECHA DE CONTRATO | 28/01/2025 |
| PLAZO DE EJECUCION | CUATRO(4) MESES |
| FECHA DE INICIO | 28/01/2025 |
| FECHA DE FINALIZACION | 27/05/2025 |
| PRORROGAS EN TIEMPO | |
| SUSPENSIONES EN TIEMPO | |
| FECHA DE REINICIO DE SUSPENCIÓN | |

| CONTRATISTA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| JOSE ARLEY CORZO CASTRO | | | | |
| C.C. | X | NIT | | 1.093.756.993 |
| ACTIVIDAD ECONOMICA CIIU | | | | 8699 |
| REGIMEN DE VENTAS | | | | NO RESPONSABLE DE IVA |

| SUPERVISOR | |
|---|---|
| ZULMA GIRALDO RATIVA | |
| CARGO | PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO 02 |
| DEPENDENCIA | SECRETARÍA DE SALUD |
| CORREO | zulma.giraldo@alcaldiasoacha.gov.co |

**2. INFORMCION PARA TRAMITE DE PAGO**

**IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO UNICO | | | |
| ACTA PARCIAL | X | N°. | 1 |
| ANTICIPIO | | % | |
| PAGO ANTICIPADO | | % | |

| PERIODO | DEL 28 AL 30 DE ENERO DE 2025 |
|---|---|
| VALOR DEL PAGO | 600.000 |
| **VALOR DEL PAGO EN LETRAS** | |
| SEIS CIENTOS MIL PESOS M/CTE | |
| N° FACTURA | |

| CUENTA BANCARIA | 0446222515 | | |
|---|---|---|---|
| BANCO | BBVA | TIPO | AHORROS |

**PAC**

| | |
|---|---|
| ENERO | |
| FEBRERO | 600.000 |
| MARZO | 6.000.000 |
| ABRIL | 6.000.000 |
| MAYO | 6.000.000 |
| JUNIO | 5.400.000 |
| JULIO | |
| AGOSTO | |
| SEPTIEMBRE | |
| OCTUBRE | |
| NOVIEMBRE | |
| DICIEMBRE | |
| REZAGO | |
| **TOTAL** | **24.000.000** |

FIRMA CONTRATISTA

FIRMA SUPERVISOR

**ESPACIO EXCLUSIVO SECRETARÍA DE HACIENDA**

| ESTADO DEL TRAMITE | | ANOTACIONES |
|---|---|---|
| APROBADO | | |
| NO APROBADO | | |

Vo. Bo. CENTRAL DE CUENTAS

306-20

| Alcaldía Municipal de Soacha | ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA | CÓDIGO | GF-FR-F002 | |
|---|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 2 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | | |
| | TRAMITE DE PAGO | DD | MM | AA |
| | FORMATO DE INFORMACIÓN FINANCIERA | 5 | 3 | 2024 |

| NUMERO DE CONTRATO | 1133 |
|---|---|
| OBJETO | |
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EPIDEMIOLOGIA PARA LA GESTIÓN Y EL FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA - SS160 | |

**IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO UNICO | 0 | | |
| ACTA PARCIAL | X | N°. | 1 |
| ANTICIPIO | 0 | % | 0 |
| PAGO ANTICIPADO | 0 | % | 0 |

## 3. IMPUTACION PRESUPUESTAL

| CDP | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO | 1289 | FECHA | 11/01/2025 |
| RUBRO | | VALOR | |
| 0111-2.3.19.05.052.08.2.3.2.02.02.009.91122.19.02.91-50 | | 24.000.000,00 | |

| CRP | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO | 1182 | FECHA | 28/01/2025 |
| RUBRO | | VALOR | |
| 0111-2.3.19.05.052.08.2.3.2.02.02.009.91122.19.02.91-50 | | 24.000.000,00 | |

| CDP | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO | | FECHA | |
| RUBRO | | VALOR | |
| | | | |

| CRP | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO | | FECHA | |
| RUBRO | | VALOR | |
| | | | |

| CDP | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO | | FECHA | |
| RUBRO | | VALOR | |
| | | | |

| CRP | | | |
|---|---|---|---|
| NUMERO | | FECHA | |
| RUBRO | | VALOR | |
| | | | |

## 4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

| | |
|---|---|
| VALOR INICIAL CONTRATO | 24.000.000,00 |
| ADICION 1 | |
| ADICION 2 | |
| ADICION 3 | |
| VALOR TOTAL CONTRATO | 24.000.000,00 |

| | |
|---|---|
| PAGO ANTICIPADO | |
| ANTICIPO 1 | |
| ANTICIPO 2 | |
| ANTICIPO 3 | |
| TOTAL ANTICIPOS | - |

| NUMERO DE ACTA | VALOR A GIRAR | AMORTIZACION | TOTAL ACTA |
|---|---|---|---|
| ACTA PARCIAL 1 | 600.000 | | 600.000 |
| ACTA PARCIAL 2 | | | |
| ACTA PARCIAL 3 | | | |
| ACTA PARCIAL 4 | | | |
| ACTA PARCIAL 5 | | | |
| ACTA PARCIAL 6 | | | |
| ACTA PARCIAL 7 | | | |
| ACTA PARCIAL 8 | | | |
| ACTA PARCIAL 9 | | | |
| ACTA PARCIAL 10 | | | |
| ACTA PARCIAL 11 | | | |
| ACTA PARCIAL 12 | | | - |
| TOTAL | 600.000 | - | 600.000 |

**ESTADO DE EJECUCION FINANCIERA**

| | |
|---|---|
| TOTAL GIROS | 600.000 |
| AMORTIZACIONES | - |
| EJECUCION | 600.000 |
| POR AMORTIZAR | - |
| POR EJECUTAR | 23.400.000 |

**OBSERVACIONES**

| SALDO A LIBERAR | | FECHA ACTA LIQUIDACION | |
|---|---|---|---|

Alley Cano C

FIRMA CONTRATISTA

FIRMA SUPERVISOR

3

| Alcaldía Municipal de Soacha | ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA | CÓDIGO | | GF-FR-F003 |
|---|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | | 2 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | | |
| | TRAMITE DE PAGO | DD | MM | AA |
| | FORMATO DE CERTIFICACIÓN | 5 | 3 | 2024 |

| NUMERO DE CONTRATO | 1133 |
|---|---|

**OBJETO**

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EPIDEMIOLOGIA PARA LA GESTIÓN Y EL FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA - SS160

**IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| PAGO UNICO | 0 | | |
| ACTA PARCIAL | X | N°. | 1 |
| ANTICIPIO | 0 | % | 0 |
| PAGO ANTICIPADO | 0 | % | 0 |

## 5. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES

### EL CONTRATISTA

Certifico bajo la gravedad de juramento que los aportes de seguridad social que acontinuacion se detallan, corresponden a los ingresos percibidos por el presente contrato, para el perioro de liquidacion de esta acta.

| SALUD | |
|---|---|
| ENTIDAD | FAMISANAR EPS |
| PERIODO | DICIEMBRE |
| PLANILLA | 82579095 |
| I.B.C. | 2.095.000 |
| APORTE | 261.900 |

| PENSION | |
|---|---|
| ENTIDAD | PORVENIR |
| PERIODO | DICIEMBRE |
| PLANILLA | 82579095 |
| I.B.C. | 2.095.000 |
| APORTE | 335.200 |

| ARL | |
|---|---|
| ENTIDAD | COLPATRIA |
| PERIODO | DICIEMBRE |
| PLANILLA | 82579095 |
| I.B.C. | 2.095.000 |
| APORTE | 51.100 |

| | | |
|---|---|---|
| CONTRATISTA | JOSE ARLEY CORZO CASTRO | Arley Corzo C |
| C.C. O NIT | 1.093.756.993 | |
| E-MAIL | arley.epi.24@gmail.com | |
| TELEFONO | 3202731794 | FIRMA |

### EL SUPERVISOR

Como supervisor del contrato certifico que el contratista cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del referido contrato, durante el periodo correspondiente al presente pago.

Como supervisor del contrato verifiqué el cumplimiento por parte del contratista con respecto a los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos labores, de conformidad con la normatividad vigente.

Como supervisor del contrato certifico que los soportes que acompañan este formato corresponden a los originados en la ejecución del contrato y fueron debidamente validados para autorizar el trámite de pago.

Como supervisor autorizo el tramite de pago de la presente acta ante la Secretaría de Hacienda Municipal.

La presente certificacion se expide el: ENERO 2025

| | | |
|---|---|---|
| SUPERVISOR | ZULMA GIRALDO RATIVA | |
| CARGO | PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO 02 | |
| DEPENDENCIA | SECRETARÍA DE SALUD | |
| E-MAIL | zulma.giraldo@alcaldiasoacha.gov.co | |
| TELEFONO | 3164982313 | FIRMA |

## 6. ANEXOS

| N. | ANEXO | FOLIOS |
|---|---|---|
| 1 | FORMATO DE PAGOS | 3 |
| 2 | INFORME DE ACTIVIDADES | 2 |
| 3 | INFORME DE SUPERVISION | 2 |
| 4 | CERTIFICADO DE RETEFUENTE | 1 |
| 5 | PLANILLA SEGURIDAD SOCIAL | 2 |

| N. | ANEXO | FOLIOS |
|---|---|---|
| 6 | RUT | 1 |
| 7 | CERTIFICCION BANCARIA | 1 |
| 8 | ARL | 1 |
| 9 | ACTA DE INICIO | 1 |
| 10 | CERTIFICADO DE SUPERVISOR | 1 |

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1093756993 | JOSE ARLEY CORZO CASTRO | | CALLE 1 A # 81-55 | 5512932 | IFLONARY@HOTMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ. D.C. | | 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 | |
| 2024-12 | 2024-12 | I | 10/12/2024 | 82579095 | $648.200 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 261.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 261.900 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 335.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 335.200 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-4 | Vida Colpatria S.A. | 860002183-9 | 51.100 | | | | 51.100 | 0 | 0 | 51.100 | | | 511 | 51.100 | 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 | 261.900 | 261.900 |
| Pensión | 1 | 335.200 | 335.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 51.100 | 51.100 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 648.200 | 648.200 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1093756993 | JOSE ARLEY CORZO CASTRO | | CALLE 1 A # 81-55 | 5512932 | IFLONARY@HOTMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | 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 | |
| 2024-12 | 2024-12 | I | 10/12/2024 | 82579095 | $648.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SUS | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 1093756993 | CORZO CASTRO JOSE ARLEY | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 2,095,000 | 335,200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 2,095,000 | 261,900 | 14-4 | 2,095,000 | 3 | 51,100 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

| Alcaldía Municipal de Soacha | ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA | CÓDIGO | GF-FR-F004 | |
|---|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 2 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | | |
| | TRAMITE DE PAGO | DD | MM | AA |
| | FORMATO DE INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA | 5 | 4 | 2024 |

## I. INFORMACION DE SUPERVISION O INTERVENTORÍA.

| Fecha de Expedicion | | | Supervisor o Interventor | Telefono o Ext. |
|---|---|---|---|---|
| DD | MM | AA | NOMBRE: ZULMA GIRALDO RATIVA | 3164982313 |
| ENERO | | 2025 | Cargo: PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO 02 | |

## II. INFORMACION CONTRACTUAL.

| Nombre o Razon social del contratista. | CC. / Nit |
|---|---|
| JOSE ARLEY CORZO CASTRO | 1.093.756.993 |

TIPO DE CONTRATO: Prestacion de Servicios

| Contrato | O.P.S | Convenio | Fecha | No. |
|---|---|---|---|---|
| | x | | 28/01/2025 | 1133 |

| Fecha de Inicio | 28/01/2025 | Plazo de ejecucion | Cuaatro (4) Meses |
|---|---|---|---|

**OBJETO CONTRACTUAL**

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EPIDEMIOLOGIA PARA LA GESTIÓN Y EL FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA - SS160

## III. PERIODO CERTIFICADO

| Desde: DD/MM/AA | Hasta: DD/MM/AA | Informe No. |
|---|---|---|
| 28/01/2025 | 30/01/2025 | 1 |

## IV. CUMPLIMIENTO SEGÚN CONTRATO.

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO | PRODUCTOS PRESENTADOS |
|---|---|---|
| 1. Realizar asistencias técnicas de forma mensual a las IPS públicas y privadas de Soacha para garantizar el diligenciamiento de los certificados de nacidos vivos y de defunciones, haciendo énfasis y seguimientos en la calidad y captación del dato | 1. CRUCE DE INFORMACION PARA DETECCION DE HALLAZGOS. | **Soporte en Medio Magnético:** **Obligación 1.** Base de inconsistencias defunciones y nacidos vivos. (Soportes en magnetico reposan en la carpeta del contrato 1133/2025). |
| 2. Implementar mejoras en el sistema de estadísticas vitales RUAF_ ND , según normatividad vigente, garantizando el registro de las estadísticas vitales de Soacha. | 1. TENIENDO EN CUENTA LA FECHA DE INICIO DE CONTRATO Y POR NECESIDAD DDEL SERVICIO SE DA PRIORIDAD A LA CONTRACTUAL 1 | No aplica |
| 3. Formar parte de las actividades de sala situacional de salud pública de la Secretaria de Salud de Soacha en el marco de las dimensiones asignadas. | 1. TENIENDO EN CUENTA LA FECHA DE INICIO DE CONTRATO Y POR NECESIDAD DDEL SERVICIO SE DA PRIORIDAD A LA CONTRACTUAL 4. | No aplica |
| 4. Realizar la unificación entre las bases RUAF_ ND y SIVIGILA, y adelantar las medidas correctivas necesarias garantizando los ajustes en las plataformas RUAF_ND. | 1. GENERAR CRUCE ENTRE SIVIGILA Y RUAF PARA DETECTAR AJUSTES PENDIENTES.<br>2. REMITIR A LA LINEA ESTRATEGICA TRANSMISIBLES, SALUD MENTAL Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. | **Soporte en Medio Magnético:** **Obligación 4: 4.1** Base de datos con cruce de RUAF/SIVIGILA (Soportes en magnetico reposan en la carpeta del contrato 1133/2025) **4.2.** Correo electronico lineas estrategicas(Soportes en magnetico reposan en la carpeta del contrato 1133/2024) |
| 5. Organizar las actividades de estadísticas vitales según acto administrativo, en el cual se debe realizar cronograma de actividades anuales, convocar a notarias, registradoras, UPGD y administradoras de planes de beneficios que operen en Soacha. | 1. PROYECCION OFICIO PROGRAMACION Y CONVOCATORIA, COVE MUNICIPAL Y DE ESTADISTICAS VITALES EN EL MARCO DEL ACTO ADMINISTRATIVO QUE RIGE ESTOS PROCESOS. | **Soporte en Medio Físico y Magnético:** **Obligación 5: 5.1.** Se proyecta oficio para el cronogramaa anual de COVE Y EEVV año 2025. (Soportes en magnetico reposan en la carpeta del contrato 1133/2025) |
| 6. compañar a la realización de unidades de análisis y/o investigación epidemiológica de campo de eventos de interés en salud publica solicitadas por el departamento y de mortalidades que le sean asignadas, que, según lineamiento departamental o nacional, lo requieran realizando el respectivo envió de soportes Secretaria de Salud de Socha dentro de los tiempos establecidos por el evento analizado. | 1. TENIENDO EN CUENTA LA FECHA DE INICIO DE CONTRATO Y POR NECESIDAD DDEL SERVICIO SE DA PRIORIDAD A LA CONTRACTUAL 5. | No aplica |

| | | |
|---|---|---|
| 7. Realizar de manera mensual el reporte, análisis y seguimiento de los indicadores establecidos para el componente de vigilancia en salud publica de acuerdo con los ejes estratégicos asignados. | 1. TENIENDO EN CUENTA LA FECHA DE INICIO DE CONTRATO Y POR NECESIDAD DEL SERVICIO SE DA PRIORIDAD A LA CONTRACTUAL 6. | No aplica |
| 8. Realizar de forma mensual la (BAI), búsqueda activa institucional de las dimensiones signadas y realizar la entrega al epidemiólogo SIVIGILA y líder del eje estratégico los primeros 10 días calendario del mes. | 1. APOYAR LA BAI RESPECTO DE LA GESTION PARA EL EVENTO TB-HANSEN | **Soporte en Medio Magnético:** **Obligación 6: 6.1.** Acta de gestion tuberculosis (Soportes en magnetico reposan en la carpeta del contrato 1133/2025) |
| 9. Realizar direccionamiento técnico de los ejes estratégicos asignados y participar de las asistencias técnicas departamentales para el fortalecimiento de las acciones de vigilancia en salud pública. | 1. TENIENDO EN CUENTA LA FECHA DE INICIO DE CONTRATO Y POR NECESIDAD DEL SERVICIO SE DA PRIORIDAD A LA CONTRACTUAL 8. | No aplica |
| 10. Realizar el análisis mensual de las coberturas vacunes y los monitoreos rápidos de cobertura del plan ampliado de inmunización- PAI de Soacha de acuerdo a los lineamientos técnicos departamentales. | 1. TENIENDO EN CUENTA LA FECHA DE INICIO DE CONTRATO Y POR NECESIDAD DEL SERVICIO SE DA PRIORIDAD A LA CONTRACTUAL 8. | No aplica |
| 11. Realizar articulación Inter e Intra institucional brindando acompañamiento técnico para el proceso de atención de estadísticas vitales, específicamente para el proceso de disposición final del cuerpo. | TENIENDO EN CUENTA LA FECHA DE INICIO DE CONTRATO Y POR NECESIDAD DDEL SERVICIO SE DA PRIORIDAD A LA CONTRACTUAL 13. | No aplica |
| 12. Participar en reuniones convocadas por la Secretaria de Salud, Dirección de Salud Pública y de articulación con diferentes instituciones de Soacha en el marco de las estadísticas vitales. | 1. DOCUMENTO DE PARTICIPACION EN REUNION CASO DE MENORES DE 14 AÑOS PUERPERAS. | **Soporte en Medio Magnético:** **Obligación 6: 6.1.** Acta de articulacion con salud sexul y salud mental (Soportes en magnetico reposan en la carpeta del contrato 1133/2025) |
| 13. Elaborar boletines trimestrales de resultados del componente de vigilancia en salud publica acorde a los lineamientos e instrucciones de la institución del proceso de estadísticas vitales y de los demás ejes estratégicos asignados. | 1. APOYO EN LA PROYECCION DEL PAS 2025 PARA EL ÁREA DE EPIDEMIOLOGIA. | **Soporte en Medio Magnético:** **Obligación 6: 6.1.** Base de Indicadores PAS (Soportes en magnetico reposan en la carpeta del contrato 1133/2025) |

**JOSE ARLEY CORZO CASTRO**
**C.C 1.093.756.993**

**ZULMA GIRALDO RATIVA**
**CC 53036577**
**Firma del Supervisor**
**PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO 02**
zulma.giraldo@alcaldiasoacha.gov.co

| Alcaldía Municipal de Soacha | ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA | CÓDIGO | GF-FR-F005 | |
|---|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 2 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | | |
| | TRAMITE DE PAGO | DD | MM | AA |
| | FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN | 5 | 4 | 2024 |

**SECRETARIA DE SALUD**

| **I. INFORMACION DE SUPERVISION** | | |
|---|---|---|
| Fecha de Expedicion | Supervisor o Interventor | Teléfono o Ext. |
| DD MM AA | NOMBRE: ZULMA GIRALDO RATIVA | 3164982313 |
| ene-25 | Cargo: PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO 02 | |

| **III. INFORMACION CONTRACTUAL.** | |
|---|---|
| Nombre o Razon social del contratista. | CC. / Nit |
| JOSE ARLEY CORZO CASTRO | 1.093.756.993 |

| **IV. TIPO DE CONTRATO:** | | |
|---|---|---|
| **Contrato O.P.S. Convenio** | **Fecha:** | **Contrato No.** |
| X | 28/01/2025 | 1133 |
| **FECHA INICIO:** | **Plazo inicial** | **Adición** |
| 28/01/2025 | CUATRO(4) MESES | |

**OBJETO**

PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EPIDEMIOLOGIA PARA LA GESTIÓN Y EL FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA - SS160

| **V. PERIODO CERTIFICADO** | | |
|---|---|---|
| **Desde: DD/MM/AA** | **Hasta: DD/MM/AA** | **Informe No.** |
| 28/01/2025 | 30/01/2025 | 1 |

## VI. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

| **OBLIGACIONES ESPECIFICAS** | **VERIFICACIÓN** |
|---|---|
| 1. Realizar asistencias técnicas de forma mensual a las IPS públicas y privadas de Soacha para garantizar el diligenciamiento de los certificados de nacidos vivos y de defunciones, haciendo énfasis y seguimientos en la calidad y captación del dato | **Soporte en Medio Magnético:** **Obligación 1.** Base de inconsistencias defunciones y nacidos vivos. (Soportes en magnetico reposan en la carpeta del contrato 1133/2025). |
| 2. Implementar mejoras en el sistema de estadísticas vitales RUAF_ ND , según normatividad vigente, garantizando el registro de las estadísticas vitales de Soacha. | No aplica |
| 3. Formar parte de las actividades de sala situacional de salud pública de la Secretaria de Salud de Soacha en el marco de las dimensiones asignadas. | No aplica |
| 4. Realizar la unificación entre las bases RUAF_ ND y SIVIGILA, y adelantar las medidas correctivas necesarias garantizando los ajustes en las plataformas RUAF_ND. | **Soporte en Medio Magnético:** **Obligación 4: 4.1** Base de datos con cruce de RUAF/SIVIGILA (Soportes en magnetico reposan en la carpeta del contrato 1133/2025) **4.2.** Correo electronico lineas estrategicas(Soportes en magnetico reposan en la carpeta del contrato 1133/2024) |
| 5. Organizar las actividades de estadísticas vitales según acto administrativo, en el cual se debe realizar cronograma de actividades anuales, convocar a notarias, registradoras, UPGD y administradoras de planes de beneficios que operen en Soacha. | **Soporte en Medio Físico y Magnético:** **Obligación 5**: **5.1**. Se proyecta oficio para el cronogramaa anual de COVE Y EEVV año 2025. (Soportes en magnetico reposan en la carpeta del contrato 1133/2025) |

| | |
|---|---|
| 6. compañar a la realización de unidades de análisis y/o investigación epidemiológica de campo de eventos de interés en salud publica solicitadas por el departamento y de mortalidades que le sean asignadas, que, según lineamiento departamental o nacional, lo requieran realizando el respectivo envió de soportes Secretaria de Salud de Socha dentro de los tiempos establecidos por el evento analizado. | No aplica |
| 7. Realizar de manera mensual el reporte, análisis y seguimiento de los indicadores establecidos para el componente de vigilancia en salud publica de acuerdo con los ejes estratégicos asignados. | No aplica |
| 8. Realizar de forma mensual la (BAI), búsqueda activa institucional de las dimensiones signadas y realizar la entrega al epidemiólogo SIVIGILA y líder del eje estratégico los primeros 10 días calendario del mes. | **Soporte en Medio Magnético:** **Obligación 6: 6.1.** Acta de gestion tuberculosis (Soportes en magnetico reposan en la carpeta del contrato 1133/2025) |
| 9. Realizar direccionamiento técnico de los ejes estratégicos asignados y participar de las asistencias técnicas departamentales para el fortalecimiento de las acciones de vigilancia en salud pública. | No aplica |
| 10. Realizar el análisis mensual de las coberturas vacunes y los monitoreos rápidos de cobertura del plan ampliado de inmunización- PAI de Soacha de acuerdo a los lineamientos técnicos departamentales. | No aplica |
| 11. Realizar articulación Inter e Intra institucional brindando acompañamiento técnico para el proceso de atención de estadísticas vitales, específicamente para el proceso de disposición final del cuerpo. | No aplica |
| 12. Participar en reuniones convocadas por la Secretaria de Salud, Dirección de Salud Pública y de articulación con diferentes instituciones de Soacha en el marco de las estadísticas vitales. | **Soporte en Medio Magnético:** **Obligación 6: 6.1.** Acta de articulacion con salud sexul y salud mental (Soportes en magnetico reposan en la carpeta del contrato 1133/2025) |
| 13. Elaborar boletines trimestrales de resultados del componente de vigilancia en salud publica acorde a los lineamientos e instrucciones de la institución del proceso de estadísticas vitales y de los demás ejes estratégicos asignados. | **Soporte en Medio Magnético:** **Obligación 6: 6.1.** Base de indicadores PAS (Soportes en magnetico reposan en la carpeta del contrato 1133/2025) |

En mi calidad de supervisor, previa verificacion de los productos recibidos certifico que el contratista cumplió con las obligaciones en los términos y tiempos pactados, las cuales fuerón verificadas y se avala el presente informe de conformidad con el Articulo 83 y 84 de la ley 1474 de 2011.

Asi mismo, el supervisor certifica que el contratista realizó el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y arl, presentando las planillas originales de acuerdo con lo establecido en la ley 789 de 2002 y Decreto 1709 de 2002.

**ZULMA GIRALDO RATIVA**
**Firma del Supervisor**
**PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO 02**

| Alcaldía Municipal de Soacha | ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA | CÓDIGO | GF-FR-F006 | |
|---|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 2 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | | |
| | TRAMITE DE PAGO | DD | MM | AA |
| | FORMATO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE | 5 | 4 | 2024 |

**RETENCIÓN EN LA FUENTE PARA EMPLEADOS – CONTRATISTA (PRESTACIÓN DE SERVICIOS)**

Reforma Tributaria 1567 y Decreto 0099 de Enero 25 de 2013.

1. Yo, **JOSE ARLEY CORZO CASTRO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.093.756.993** de **Los patios Norte de Santander**, en aplicación a lo establecido en el Artículo 172 del Decreto reglamentario 0099 de 2013, que reglamenta las tarifas y procedimientos para la aplicación de retención en la fuente para empleados, certifico que los contratos relacionados a continuación se encuentran vigentes y representan la totalidad de mis ingresos por contratos de prestación de servicios en el municipio de Soacha en el mes del 28 al 30 de enero 2025:

| ENTIDAD | No. CONTRATO | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN | VALOR DEL CONTRATO | INGRESO MENSUAL |
|---|---|---|---|---|---|
| ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA | 1133 | 28-ene-25 | 27-may-25 | $ 24.000.000 | $ 600.000 |

2. Bajo la gravedad de juramento certifico que SI [X] NO [ ] , soy declarante del impuesto sobre la renta.

3. Para efectos de la aplicación de las tarifas de retención en la fuente certifico que pertenezco al régimen de ventas:

| RESPONSABLE DE IVA | | NO RESPONSABLE DE IVA | X |
|---|---|---|---|

4. Relación de Dependientes (Artículo 2, Decreto 099/13).

| NOMBRE DEL DEPENDIENTE | EDAD | PARENTESCO | VALOR MENSUAL |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

La presente Certificación se expide en enero 2025

**NOTA: EN CASO DE PADRES Y CONYUGES DEPENDIENTES DEBE VENIR CERTIFICADO POR CONTADOR PÚBLICO O MEDICINA LEGAL EN CASO DE DEPENDIENTE CON DISCAPACIDAD.**

**FIRMA**

**C.C.** 1.093.756.993 **DE** Los patios

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141117959926

(415)7707212489984(8020) 000014111795992 6

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 9 3 7 5 6 9 9 3 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Norte de Santander 5 4 | Los Patios 4 0 5 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CORZO | CASTRO | JOSE | ARLEY |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 1 A 81 55 BRR MARIA PAZ

42. Correo electrónico: fi.onary@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 0 2 7 3 1 7 9 4 | 3 1 2 4 6 7 9 3 0 4 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | 50. Código | 1 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | | | | |
| 8 6 9 2 | 2 0 2 1 0 1 1 3 | 8 6 9 9 | 2 0 1 8 0 3 0 5 | | | | |

## 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 | 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | 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

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 CORZO CASTRO JOSE ARLEY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Arley Corzo C.

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

BBVA
Creando Oportunidades

# BBVA Colombia
# NIT 860.003.020-1
# Certifica

Que nuestro(a) cliente JOSE ARLEY CORZO CASTRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,093,756,993 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 446222515 aperturada el 15 de febrero de 2021 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 23 de enero de 2025.

---

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

| | |
|---|---|
| Cuenta de 10 dígitos: | 0446222515 |
| Cuenta de 16 dígitos: | 0446000200222515 |
| Cuenta de 20 dígitos: | 00130446000200222515 |

---

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

13

AXA COLPATRIA

**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.**
**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**Nit. 860.002.183 – 9**

**CERTIFICA**

Que el personal relacionado a continuación pertenece a la empresa ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA como trabajador independiente con número de afiliación 161846 y con número de NIT 800,094,755, está afiliado a LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE AXA COLPATRIA para el cubrimiento de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad laboral, según se describe a continuación:

| Nombre | T. I | Número de Identificacion | Fecha de inicio cobertura | Fecha deTerminacion del Contrato |
|---|---|---|---|---|
| JOSE ARLEY CORZO CASTRO | C.C. | 1,093,756,993 | 28/01/2025 | 27/05/2025 |

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

**La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el viernes 14 de febrero de 2025 a las 02:42:04 p. m.**

**Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.**

| Alcaldía Municipal de Soacha | ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA | Código: GJ-FR-028 |
|---|---|---|
| | ACTA DE INICIO | Versión: 03 |
| | | Fecha: 31/07/2023 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATO No:** | 1133-2025 del 28 DE ENERO DEL 2025 | | |
| **TIPO DE CONTRATO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES | | |
| **OBJETO:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EPIDEMIOLOGÍA PARA LA GESTIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE SOACHA - SS160 | | |
| **VALOR:** | VEINTICUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE ($24.000.000). | | |
| **CONTRATISTA:** | JOSE ARLEY CORZO CASTRO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1093756993 | | |
| **PLAZO:** | CUATRO (04) MESES SIN QUE SUPERE EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025 | | |
| **CDP No:** | 1289 DEL 11 DE ENERO DEL 2025 | **CRP:** | 1182 DEL 28 DE ENERO DEL 2025 |
| **PÓLIZA No:** | N/A | **FECHA:** | N/A |
| **FECHA DE APROBACIÓN DE PÓLIZA EN SECOP II:** | | | N/A |

Los suscritos mediante el presente documento, dejan constancia del inicio real y efectivo del contrato anteriormente citado, previo cumplimiento de los requisitos de legalización.

En consecuencia, se procede a la iniciación del contrato el día **28 DE ENERO DEL 2025**, el cual debe concluir el día **27 DE MAYO DEL 2025**, sin que supere el **31 DE DICIEMBRE DEL 2025**.

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, en Soacha - Cundinamarca el día **28 DEL MES DE ENERO DEL 2025**.

**ZULMA GIRALDO RATIVA**
Profesional Universitario
**SUPERVISOR (A)**

**JOSE ARLEY CORZO CASTRO**
C.C. No. 1093756993
**CONTRATISTA.**

| | | |
|---|---|---|
| Elaboró: | **JHON ERICK RESTREPO TRIANA - OPS 0288/2025** - CONTRATISTA PROFESIONAL - OFICINA JURÍDICA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE SOACHA - CUNDINAMARCA | |
| Revisó y Aprobó Jurídicamente: | **YOLIMA ADRIANA HERRERA – OPS 0122-2025** - PROFESIONAL ESPECIALIZADA – SECRETARIA DE SALUD MUNICIPIO DE SOACHA. | |

**Original:** MUNICIPIO
**Copias:** Contratista, Supervisor del Contrato
**Nota:**

Para la suscripción del acta de inicio será necesario verificar el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- El contrato debe encontrarse perfeccionado (verificar en el contrato los requisitos de perfeccionamiento en la cláusula correspondiente).
- La garantía única debe encontrarse aprobada por el MUNICIPIO.
- Previo a la suscripción del acta de inicio de los contratos, recibir en los casos que aplique, para su revisión y aprobación las hojas de vida del equipo de trabajo presentado por el Contratista, diferente al que fue objeto de evaluación por parte del MUNICIPIO en desarrollo del proceso de selección. Para el efecto deberá revisar la formación académica y las certificaciones de experiencia general y específica de conformidad con los criterios y metodología establecida en las reglas de participación que dieron origen al contrato y suscribir el Acta de Aprobación de Personal para la Ejecución del Contrato, formato que deberá estar anexo al Acta de Inicio.

Anexos (según aplique):

- La acreditación por EL INTERVENTOR de que todo el personal necesario para el inicio de la ejecución del contrato se encuentra afiliado a los Sistemas de Seguridad Social en salud, pensiones y riesgos laborales, incluso los trabajadores independientes y que los pagos de las cotizaciones respectivas se encuentran al día.
- La comprobación por el contratista ante EL MUNICIPIO, de que todo el personal necesario para el inicio de la ejecución del contrato se encuentra afiliado a los Sistemas de Seguridad Social en salud, pensiones y riesgos laborales, incluso los trabajadores independientes y que los pagos de las cotizaciones respectivas se encuentran al día.
- Para acreditar la calidad de supervisor, se deberá anexar la comunicación de designación correspondiente o copia del contrato, según sea lo pertinente.

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste UTC -5 8:42:32 JOSEARLEY CORZO...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
**7 Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contr...
9 Incumplimientos

Datos guardados

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?** Sí No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | 1133-2025-ACTADE INICIO.pdf | 1133-2025-ACTADE INICIO.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1133-2025-DESIGNACION SUPERVISION.pdf | 1133-2025-DESIGNACION SUPERVISION.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 1133 CRP 1182.pdf | CTO 1133 CRP 1182.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | ARL CC 1,093,756,993 JOSE ARLEY CORZO CASTRO RIESGO 2.pdf | ARL CC 1,093,756,993 JOSE ARLEY CORZO CASTRO RIESGO 2.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☑ | SUPERVICION ENERO.pdf | SUPERVICION ENERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☑ | ACTIVIDADES ENERO.pdf | ACTIVIDADES ENERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☑ | planilla diciembre (2).pdf | planilla diciembre (2).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

**Señores:**
**SECRETARIA DE HACIENDA**
**Alcaldía de Soacha**
**Ciudad**

**ASUNTO: CERTIFICACION CARGUE DE DOCUMENTOS EN SECOP II, PARA PAGO**

Con base a lo establecido en la circular Externa 001 de Secretaria de Hacienda de la Alcaldía de Soacha, como supervisor del contrato, yo ZULMA GIRALDO RATIVA; certifico que verifiqué el cumplimiento por parte del contratista con respecto al cargué en plataforma SECOP II de:

- Informe de actividades
- Informe de Supervisión
- Planilla de pago de seguridad social con la cual se tramito la cuenta.
- ARL con fecha de inicio del contrato

Lo anterior en base a la información de la ejecución del contrato que se detalla a continuación:

Contrato: 1133 - 2025
Nombre Contratista: JOSE ARLEY CORZO CASTRO
Cédula: 1093756993 de los Patios Norte De Santander

Se firma en Soacha, el mes de enero de 2025.

Atentamente,

NOMBRE:
Supervisor