	REPÚBLICA DE COLOMBIA *DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA* *MUNICIPIO DE SESQUILE* *NIT. 899999415-2* *OFICINA DE CONTRATACION*	
	ACTA UNICA DE PAGO	**versión**: 1 **Fecha de aprobación: 24/02/2025** **Página** 1 de 1

Datos del pago							
Fecha	7/07/2025			**Lugar**	MUNICIPIO DE SESQUILE		
Acta	**INICIAL**	X	**AVANCE**		**LIQUIDACIÓN**		
Acta No	3	**de**	6	**Periodo a pagar**	07/06/2025 al 06/07/2025		

Datos Contrato					
Número de contrato	CD-PS-PSP-179-2025				
Contratista y/o empresa	GIOVANNI HERNAN ALVARADO DÍAZ				
Tipo de identificación	**NIT**		**Cédula de ciudadania:**	X	
No. de identificación	NO. 11.448.360 EXPEDIDA EN FACATATIVA				
Objeto contrato/ Concepto de pago	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL COMPONENTE DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN EN EL MUNICIPIO DE SESQUILÉ.				
Dependencia ejecutora	Secretaria General		**Supervisor**	Cual _____	
Tipo de Contrato	**Prestación de servicios**	**Consultoria**	**Compraventa**	**Arrendamiento**	**Obra**
	X				
	Convenio	**Contrato Interadministrativo**	**Resolución**	**Otro**	
				Cual _____	

Porcentaje de ejecución	50%	
Fecha y lugar de firma de acta de inicio	07/04/2025 SESQUILE, CUNDINAMARCA	
Información Seguridad Social Integral	**IBC -Ingreso Base de Cotización (40%) del valor total de la sumatoria de los Honorarios**	2.600.000
	Número de planilla	**87216981**
	Valor pago salud	$ 325,000
	Valor pago pensión	$ 416,000
	Valor pago ARL	$ 63,400

Datos Presupuestales			
Número Disponibilidad	**25-000426**	**Fecha**	**25/03/2025**
Número Registro	**25-000454**	**Fecha**	**1/04/2025**

Medio de pago						
Abono a cuenta	**Ahorro**	**X**	**Corriente**		**Número**	
	Entidad	BANCO AGRARIO			**431590067866**	

Valor de la presente acta			
Valor a pagar en el periodo	TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS	$	3,800,000.00

Balance Financiero						
Valor del Contrato	**$**	**22,800,000**	**Valor anticipo**	**$**	**-**	
	No	**No Egreso**	**Valor**		**No.**	**Valor**
Información pagos	**1**	25766	$ 3,800,000.00	**Amortización**		
	2		$ 3,800,000.00			
	3		$ 3,800,000.00			
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					
	9					
	10					
	11					
	12					
Valor a pagar	**$**	**3,800,000.00**	**Saldo**	**$**	**-**	
Saldo	**$**	**7,600,000.00**				

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombre	GIOVANNI HERNAN ALVARADO DÍAZ
Identificación	**11,448,360**
Correo electrónico	giovvannialvarado22@hotmail.com
Firma	

La presente Acta es revisada y aprobada a través de la plataforma SECOP II por:

Activadad	**Nombre**	**En calidad de**
Revisó	**Jazmín Yolanda Gómez Melo**	**Profesional Universitario Oficina de Contratación**
Aprobó	**Lina Valeria Medina Carranza**	**Supervisor**
	Elsa Quintero Martínez	**Alcaldesa- Ordenadora del Gasto**

INFORME DE ACTIVIDADES No. 03

PERIODO: 07 de junio – 06 de julio del 2025

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN CD-PS-PSP-179-2025

1. **DATOS GENERALES DEL CONTRATO**	
Dependencia Ejecutora	Secretaría General
Supervisor (Nombre y Cargo)	Lina Valeria Medina Carranza Secretaria General
Contratista	Giovanni Hernán Alvarado Díaz
Identificación	No. 11.448.360 de Sesquilé
Objeto	Prestación de servicios profesionales Especializados para la implementación del Componente de seguridad y privacidad de La información en el municipio de Sesquilé.
Valor Contratado	Veintidós millones ochocientos mil pesos ($22.800.000) m/cte.
Plazo de ejecución	Seis (06) meses.
Fecha de suscripción	07 de abril del 2025
Valor a pagar en el período	$ 3.800.000 m/cte.
Fecha de inicio	07 de abril del 2025
Fecha de Terminación	07 de octubre del 2025

2. **EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO**		
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATOS	ACTIVIDADES REALIZADAS	EVIDENCIA VERIFICABLE
1. Realizar un diagnóstico exhaustivo de la infraestructura tecnológica existente (hardware, software, redes) y de las medidas de seguridad implementadas.	No se realizó esta actividad este mes	N.A.
2. Identificar y documentar todas las vulnerabilidades, amenazas y riesgos	No se realizó esta actividad este mes	N.A.

potenciales, priorizándolos según su impacto y probabilidad de ocurrencia.		
3. Elaborar un informe detallado con los hallazgos, incluyendo recomendaciones específicas para la mitigación de riesgos.	- Se realizó apoyo para instalación de las licencias office 365 a equipo de cómputo a la alcaldía de Sesquilé. - Se asiste a capacitación de mintic tic para seguridad en la información. - Se realizó apoyo para instalación de Google drive a los equipos de cómputo. - Se realizó apoyo para instalación de usuario administrador a los equipos de cómputo.	Cronograma de Gmail.
4. Desarrollar un mapa de ruta detallado para la implementación del SGSI, basado en la norma ISO 27001 u otros estándares relevantes.	- Se realiza un documento con la ruta para la implementación de un SGSI basado en las normas ISO 27001:2022	Documento ruta para la implementación de un SGSI basado en las normas ISO 27001:2022
5. Elaborar un plan de acción con responsables y fechas límite, así como un presupuesto estimado para la implementación.	No se realizó esta actividad este mes	N.A.
6. Implementar y configurar una solución antivirus centralizada y robusta en todos los equipos (estaciones de trabajo y servidores) de la entidad. Esto incluye la selección del software antivirus adecuado, la instalación, la configuración de actualizaciones automáticas y la monitorización continua del estado de los equipos. Definir los controles de seguridad necesarios para mitigar los riesgos identificados.	Se recomienda antivirus con cotización para antivirus y controles de seguridad la información que trae el antivirus.	Evidencia fotográfica.
7. Establecer un protocolo de gestión de incidentes de seguridad, incluyendo la	No se realizó esta actividad este mes	N.A.

detección, análisis, contención, erradicación y recuperación ante incidentes.		
8. Implementar herramientas de monitoreo y alerta para la detección temprana de incidentes.	Se recomienda antivirus con cotización para antivirus y controles de seguridad la información que trae el antivirus.	Actividad 8
9. Realizar capacitaciones en seguridad de la información para todo el personal del municipio, adaptado a sus roles y responsabilidades.	Se realizo banner para tip de seguridad de la información y se compartió por todos los correos institucionales.	Correo electrónico. Banner
10. Mantener una documentación completa y actualizada de la infraestructura de seguridad, las políticas y procedimientos, los planes de acción y los incidentes de seguridad.	- Se realiza una carpeta en el drive con los documentos que se están creando.	Evidencia fotográfica. https://drive.google.com/drive/folders/10Y4XxFP4x9BgyXdK4x7VJ5XYp8o4owUM?usp=sharing
11. Realizar la actualización de las Políticas de Seguridad y Privacidad de la Información del municipio.	- Se realiza documento de manual de políticas de seguridad de la información. - Se realiza políticas de seguridad de la información para la Alcaldía de Sesquilé.	Plan de seguridad y privacidad de la información.
12. Realizar la actualización del Plan de Tratamiento de Riesgos de la Entidad.	Se verificó el documento de la alcaldía de Sesquilé.	Plan de tratamiento de riesgos.
13. Realizar la actualización del Plan Estratégico de Tecnologías de Información y las Comunicaciones.	Se verificó el documento de la alcaldía de Sesquilé.	PETIC.

3.	**RELACIÓN APORTES PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL**				
No. DE PLANILLA	87216981				
PERIODO DE PAGO	Junio 2025				
VALORES PAGADOS	IBC	SALUD	PENSIÓN	RIESGOS LABORALES	VALOR TOTAL PAGADO
	$ 2.600.000	$325.000	$416.000	$ 63.400	$ 804.400

Como Contratista, declaro bajo la gravedad de juramento, que la información aquí relacionada es fidedigna y que los soportes que la sustentan se encuentran adjuntos para su respectiva revisión y aprobación.

4. ANEXOS:

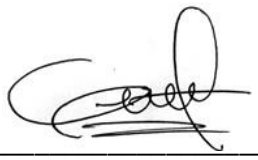
Los soportes se encuentran subidos el Drive de La Secretaria General: correo: sec.general@sesquile-cundinamarca.gov.co

Link de carpeta:

https://drive.google.com/drive/folders/1C4E2Wdsp3UJeDsINl23iZ98OQCz8eOir

Sesquilé, 07 de julio de 2025

Firma:



_____

Nombre del Contratista: GIOVANNI HERNAN ALVARADO DÍAZ
Identificación: NO. 11.448.360 EXPEDIDA EN FACATATIVA
Correo electrónico: giovannialvarado22@hotmail.com

ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO:

Conforme lo anteriormente expuesto y en calidad de Supervisor, dejó constancia de la verificación del informe allegado por el contratista, el cual se ejecutó a cabalidad y se recibe a satisfacción el desarrollo del objeto del contrato conforme lo señalado durante el presente periodo, así mismo se verificaron los soportes respectivos y se constató el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales

Observaciones:

Firma:



_____

Nombre Supervisor: LINA VALERIA MEDINA CARRANZA
Cargo: SECRETARIA GENERAL

CUENTA DE COBRO - DOCUMENTO EQUIVALENTE

MUNICIPIO DE SESQUILE
NIT 899999415-2

DEBE A:

NOMBRE:	**GIOVANNI HERNAN ALVARADO DIAZ**
IDENTIFICACIÓN:	CC [X] NIT [ ] NUMERO **11,448,360** DV [ ] DE **FACATATIVÁ**

LA SUMA DE:

(LETRAS)	**3.800.000**
(NUMEROS) $	**TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS**

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO No.	**CD-PS-PSP-179-2025**	DESEMBOLSO No.	**3**	DE	**6**
OBJETO:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL COMPONENTE DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN EN EL MUNICIPIO DE SESQUILÉ**				
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE:	**7/06/2025**	y	**6/07/2025**		
FECHA:	7/07/2025				
CUENTA BANCARIA	**431590067866**	**BANCO**	**BANCO AGRARIO**		
CIUDAD/MUNICIPIO DONDE SE PRESTA EL SERVICIO:	**SESQUILÉ**				
CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU- DE ESTE COBRO (en caso de no señalarla se aplicará la retención máxima vigente):	**20/09/1922**				
TELÉFONO	**3103227815**				

De conformidad con lo establecido en el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019, para la aplicación de lo señalado en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario y el segundo parágrafo del artículo 383, declaro baja la gravedad de juramento que:

Soy declarante de renta SI [X] NO [ ]

No hare uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo no laborales,	X
Hare uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo no laborales,	X

(Marque una sola opción)

Si el contratista desea obtener los beneficios tributarios, indique cual de estas condiciones cumple y adjunte los soportes correspondientes según la selección:

Pagos por salud a empresas de medicina prepagada o pagos por seguros de salud	
Aportes a fondos de pensiones voluntarias (APV) o cuentas de ahorro para el fomento de la construcción (AFC)	
Intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda	X
Aportes obligatorios al sistema de seguridad social integral.	
Declaración juramentada de dependencia económica	X

Manifiesto libre y voluntariamente que: La(s) persona(s) relacionadas(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica y mensualmente mis gastos ascienden a la suma de $

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
	CC	RC	TI	CE		
ICINDY MARCELA GUZMAN HERNANDEZ	X				1070781438	Conyugue
MARIA ESTEFANIA ALVARADO GUZMAN		X			1170966011	Hija
LORENS ANTONELLA GUZMAN HERNANDEZ		X			1069650765	Hija

Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA, así como los soportes adjuntos a este documento. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.
Esta declaración se elabora para los efectos tributarios establecidos en el artículo 2 del Decreto 099 de 2013.



FIRMA

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	11448360	GIOVANNI HERNAN ALVARADO DIAZ	bosque de alisos	0000000	GIOVANNIALVARADO22@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	TOCANCIPÁ		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	06/06/2025	87216981	$804.400	

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	325.000	0		0		0	0	0	0	325.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	416.000	0	0	0	0	0	0		416.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	63.400				63.400	0	0	63.400			634	63.400	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	325.000	325.000
Pensión	1	416.000	416.000
Riesgos Laborales	1	63.400	63.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	804.400	804.400

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	11448360	GIOVANNI HERNAN ALVARADO DIAZ		bosque de alisos	0000000	GIOVANNIALVARADO22@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	TOCANCIPÁ	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**	
2025-06	2025-06	I	06/06/2025	87216981	$804.400	

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**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**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	11448360	ALVARADO DIAZ GIOVANNI HERNAN	59	0			N																			230301	2.600.000	416.000	0	0	0	0	EPS017	2.600.000	325.000	14-11	2.600.000	3	63.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141188160485

(415)7707212489984(8020) **000014118816048 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 4 4 8 3 6 0	0	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 1 4 4 8 3 6 0	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Facatativá 2 6 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALAVARADO	DIAZ	GIOVANNI HERNAN	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Facatativá 2 6 9

41. Dirección principal
CL 12 6 33

42. Correo electrónico giovannialvarado22@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 3 2 2 7 8 1 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 ALAVARADO DIAZ GIOVANNI HERNAN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO