



ACTA E INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN ACTA 3
CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES CTO 2024-110-12-01-115

CONTRATANTE	MUNICIPIO DE SIMITÍ
NIT	890.480.006-1
CONTRATISTA	YERALDINE JOHANA HERRERA LESMEZ
C.C	1.049.635.480
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR LA ARMONIZACION DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD VIGENCIA 2024 – 2027 CARGUE A PLATAFORMA DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE LAS MATRICES, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD - PAS VIGENCIA 2024 Y SU COMPONENTE ANUAL DE INVERSIONES - COAI DEL MUNICIPIO DE SIMITI.
VALOR INICIAL	TREINTA Y TRES MILLONES DOS MIS SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE (33.002.666,00)
VALOR ADICIONAL	N.A
PLAZO INICIAL	CUATRO (4) MESES Y DIECISEIS (16) DÍAS.
PLAZO ADICIONAL	N.A
REGISTRO PRESUPUESTAL	0812-2
FECHA ACTA INICIO	11 DE AGOSTO DE 2024
REGIMEN CONTRIBUTIVO	NO RESPONSABLE DE IVA
SUPERVISOR DEL CONTRATO	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL YURI MARCELA RAMIEZ VALLEJO

En la Municipio de Simití, Bolívar, se reunieron en representación del **MUNICIPIO DE SIMITÍ, BOLÍVAR**, como **CONTRATANTE**, el/la **SUPERVISOR (A) DEL CONTRATO**, el/la Ing/Dr (a). **YURI MARCELA RAMÍREZ VALLEJO**, quien actúa como **SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL**, por un lado, y por el otro en calidad de **CONTRATISTA**, el/la Señor (a) **YERALDINE JOHANA HERRERA LESMEZ**, capaz, mayor de edad e identificado con la cédula de ciudadanía número **1.049.635.480** se reunieron para suscribir la presente **ACTA E INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN NÚMERO 03**, correspondiente al período de cobro, desde el **11 de Octubre al 10 de Noviembre de 2024**, de acuerdo con las siguientes.

01. PLAN DE PAGOS.

ACTA	DESCRIPCIÓN – PERIODO	VALOR
01	Del 11 de agosto al 10 de septiembre de 2024	\$ 7.280.000,00
02	Del 11 de Septiembre al 10 de Octubre de 2024	\$ 7.280.000,00
03	Dell 11 de Octubre al 10 de Noviembre de 2024	\$ 7.280.000,00
	Valor por Pagar	\$ 7.280.000,00
	Saldo por ejecutar.	\$ 11.162.666,00
	TOTAL CONTRATO	\$33.002.666,00

Valor de la presente acta: SIETE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE (\$7.280.000,00).

2. PAGO SEGURIDAD SOCIAL.

El Supervisor certifica conforme a lo estipulado en el artículo 244 de la ley 1955 de 2019, Ley 789 de 2002 y demás normas aplicables en la materia, que el Contratista se encuentra al día con los aportes a seguridad social conforme a la normatividad aplicable.



Fecha de pago:	31/10/2024 - 12/12/2024
Periodo cotizado:	Octubre 2024
Planilla No.	4571738299 - 7953046487
IBC	\$3.100.000
Valor Total pago	\$ 377.300 + 522.400: \$ 899.700

3. INFORME DE SUPERVISIÓN- VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ALCANCES:

No	ALCANCE	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIA
1	Armonización del PLAN DE ACCION EN SALUD Y EL COMPONENTE OPERATIVO ANUAL DE INVERSIONES PAS - COAI 2024, al Plan Territorial de Salud vigencia 2024 – 2027, teniendo en cuenta los recursos del Sistema General de Participaciones.	Se constató que la contratista Teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 100 de 2024, realizó proceso durante el mes de septiembre de 2024.	No aplica Soporte
2	Realizar los cargues que se hagan necesarios en la Plataforma y/o herramienta que disponga para tal fin el Ministerio de Salud y Protección Social, del Plan Territorial de Salud (PST) formulado en concordancia a lo establecido dentro del marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 (PDSP) teniendo en cuenta los anexos establecidos para tal fin.	Para el periodo no se realiza ningún cargue, se entrega solicitud al departamento en reunión del 11 de octubre en Cartagena.	No aplica Soporte
3	Realizar los cargues que se hagan necesarios en la Plataforma y/o herramienta que disponga para tal fin el Ministerio de Salud y Protección Social del Plan de Acción en Salud en Salud y el Componente Operativo Anual de Inversiones definidos para la vigencia 2024 armonizado con el PTS 2024 – 2027.	Para el periodo no se realiza ningún cargue, se entrega solicitud al departamento en reunión del 11 de octubre en Cartagena.	No aplica Soporte
4	Apoyo en el seguimiento y evaluación de la ejecución de las actividades contratadas para la Gestión de la Salud Pública y para el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC 2024.	Se probó que la contratista para el periodo realizo reunión de seguimiento a la ejecución de las actividades del Plan de intervenciones colectivas de acuerdo a lo establecido en la Resolución 518 de 2015 y 295 de 2024, con corte al 21/10/2024.	Carpeta 4- CD/DVD.



MUNICIPIO DE SIMITÍ
NIT: 890480006-1
ALCALDÍA MUNICIPAL DE SIMITÍ BOLÍVAR
SECRETARÍA DE SALUD

5	Apoyo en la elaboración y envío de informes que en materia de Plan Territorial de Salud sean requeridos por la Secretaría de Salud Departamental y los demás entes de inspección, vigilancia y control, y que correspondan a la vigencia del contrato	Durante el periodo no se presentaron solicitudes de entes de control.	No aplica Soporte
6	Las demás que sea requeridas y estén acordes a la naturaleza, objeto y alcances del contrato.	Se verifico que la contratista dio apoyo en la proyección de actividades para adición al plan de intervenciones colectivas.	Carpeta 6- CD/DVD.
		Se constató que el contratista dio apoyo en la proyección de documentos de presupuesto para legalizar la adición de plan de intervenciones colectivas.	Carpeta 6- CD/DVD.

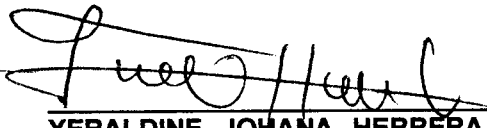
Se deja constancia que a la fecha el contratista ha cumplido a cabalidad con el objeto del contrato y se han verificado los documentos anexos a esta, así mismo, el contratista se compromete a publicar en SECOP II PLAN DE PAGOS los mismos documentos anexos.

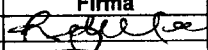
Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron.

Dada en Simití, Bolívar, el 12 de diciembre de 2024

Por la entidad contratante,


YURI MARCELA RAMIREZ VALLEJO
Secretaria de Salud Municipal
Supervisor del Contrato


YERALDINE JOHANA HERRERA LESMEZ
C.C. 1.049.635.480
El/la contratista

Actuación	Responsable	Firma
Elaboró	YERALDINE JOHANA HERRERA LESMEZ	
Revisó	YURI MARCELA RAMIREZ VALLEJO	

INFORME DEL CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES NÚMERO CTO 2024-110-12-01-115

INFORME NÚMERO 03
PERÍODO DE COBRO: Del 11 de Octubre al 10 de Noviembre de 2024

A. PARTE PRIMERA- DATOS GENERALES DEL CONTRATO.

1. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO.

CONTRATANTE	MUNICIPIO DE SIMITI
NIT	890.480.006-1
CONTRATISTA	YERALDINE JOHANA HERRERA LESMEZ
C.C	1.049.635.480 expedida en Tunja
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR LA ARMONIZACION DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD VIGENCIA 2024 – 2027 CARGUE A PLATAFORMA DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE LAS MATRICES, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD - PAS VIGENCIA 2024 Y SU COMPONENTE ANUAL DE INVERSIONES - COAI DEL MUNICIPIO DE SIMITI.
VALOR INICIAL	TREINTA Y TRES MILLONES DOS MIS SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE (33.002.666,00)
VALOR ADICIONAL	N.A
PLAZO INICIAL	CUATRO (4) MESES Y DIECISEIS (16) DÍAS.
PLAZO ADICIONAL	N.A
REGISTRO PRESUPUESTAL	0812-2
FECHA ACTA INICIO	11 DE AGOSTO DE 2024
REGIMEN CONTRIBUTIVO	NO RESPONSABLE DE IVA
SUPERVISOR DEL CONTRATO	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL YURI MARCELA RAMIEZ VALLEJO

B. PARTE SEGUNDA- INFORMACIÓN FINANCIERA, PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

1. PLAN DE PAGOS.

ACTA	DESCRIPCIÓN – PERIODO	VALOR
01	Del 11 de agosto al 10 de septiembre de 2024	\$ 7.280.000,00
02	Del 11 de Septiembre al 10 de Octubre de 2024	\$ 7.280.000,00
03	Del 11 de Octubre al 10 de Noviembre de 2024	\$ 7.280.000,00
	Valor por Pagar	\$ 7.280.000,00
	Saldo por ejecutar.	\$ 11.162.666,00
	TOTAL CONTRATO	\$33.002.666,00

Valor a cobrar: SIETE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE (\$7.280.000,00).

2. APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL.

En calidad de contratista manifiesto bajo la gravedad de juramento que me encuentro al día en los aportes obligatorios al SGSS, conforme a la normatividad vigente.

En tal sentido, allego los aportes efectuados con su respectiva planilla correspondiente, e informo los aportes así:

Fecha de pago:	31/10/2024 - 12/12/2024
Periodo cotizado:	Octubre 2024
Planilla No.	4571738299 - 7953046487
IBC	\$3.100.000
Valor Total pago	\$ 377.300 +\$522.400: \$ 899.700

3. CUMPLIMIENTO DE LOS ALCANCES:

Que, en lo correspondiente a los alcances del contrato contenidas en la cláusula segunda del anexo de condiciones aplicable, declaro el cumplimiento así,

No	ALCANCE	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIA
1	Armonización del PLAN DE ACCION EN SALUD Y EL COMPONENTE OPERATIVO ANUAL DE INVERSIONES PAS - COAI 2024, al Plan Territorial de Salud vigencia 2024 - 2027, teniendo en cuenta los recursos del Sistema General de Participaciones.	Teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 100 de 2024, Se realizó proceso durante el mes de septiembre de 2024.	No aplica Soporte
2	Realizar los cargues que se hagan necesarios en la Plataforma y/o herramienta que disponga para tal fin el Ministerio de Salud y Protección Social, del Plan Territorial de Salud (PST) formulado en concordancia a lo establecido dentro del marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031 (PDSP) teniendo en cuenta los anexos establecidos para tal fin.	Para el periodo no se realiza ningún cargue, se entrega solicitud al departamento en reunión del 11 de octubre en Cartagena.	No aplica Soporte
3	Realizar los cargues que se hagan necesarios en la Plataforma y/o herramienta que disponga para tal fin el Ministerio de Salud y Protección Social del Plan de Acción en Salud en Salud y el Componente Operativo Anual de Inversiones definidos para la vigencia 2024 armonizado con el PTS 2024 - 2027.	Para el periodo no se realiza ningún cargue, se entrega solicitud al departamento en reunión del 11 de octubre en Cartagena.	No aplica Soporte
4	Apoyo en el seguimiento y evaluación de la ejecución de las actividades contratadas para la Gestión de la Salud Pública y para el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC 2024.	Para el periodo se realiza reunión de seguimiento a la ejecución de las actividades del Plan de intervenciones colectivas de acuerdo a lo establecido en la Resolución 518 de 2015 y 295 de 2024, con corte al 21/10/2024.	Carpeta 4- CD/DVD.
5	Apoyo en la elaboración y envío de informes que en materia de Plan Territorial de Salud sean requeridos por la Secretaría de Salud Departamental y los demás entes de inspección, vigilancia y control, y que correspondan a la vigencia del contrato	Durante el periodo no se presentaron solicitudes de entes de control.	No aplica Soporte
6	Las demás que sea requeridas y estén acordes a la naturaleza, objeto y alcances del contrato.	Apoyo en la proyección de actividades para adición al plan de intervenciones colectivas.	Carpeta 6- CD/DVD.
		Apoyo en la proyección de documentos de presupuesto para legalizar la adición de plan de intervenciones colectivas.	Carpeta 6- CD/DVD.

C. PARTE TERCERA- PERÍODO DE COBRO, VALOR A COBRAR Y DECLARACIONES:

1. PERÍODO DE COBRO: Del 11 de Octubre al 10 de Noviembre de 2024

VALOR A COBRAR: SIETE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE (\$7.280.000,00).

2. CUENTA BANCARIA PARA PAGO Y/O DEPÓSITO:

Banco	BANCO AGRARIO
Tipo de cuenta	AHORROS
Número de cuenta	41524003724-1

3. DECLARACIONES:

Actuando en calidad de contratista declaro que:

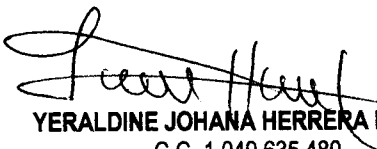
- 1) Me encuentro a día en el pago de la seguridad social correspondiente conforme a las normas aplicables. En todo caso, manifiesto se responsable por las inexactitudes o falencias en los aportes que correspondan, liberando al Municipio de cualquier tipo de responsabilidad.
- 2) Ejecuté los alcances reportados y allego las evidencias que corresponden.

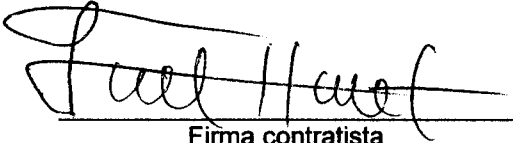
4. DOCUMENTOS ANEXOS:

Se anexan a este informe,

- 1. Planilla de aportes SGSS.
- 2. Evidencias en medio magnético.

Se suscribe en Simití, Bolívar, el 12 de Diciembre de 2024.


YERALDINE JOHANA HERRERA LESMEZ
C.C. 1.049.635.480
Contratista

EL MUNICIPIO DE SIMITÍ NIT: 890.480.006-1 DEBE A: YERALDINE JOHANA HERRERA LESMEZ CC. 1.049.635.480 expedida en Tunja	
LA SUMA DE: (En número)	(\$7.280.000) (SIETE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE).
Contrato No:	CTO 2024-110-12-01-115
Por concepto de: (Objeto del contrato)	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR LA ARMONIZACION DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD VIGENCIA 2024 – 2027 CARGUE A PLATAFORMA DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE LAS MATRICES, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD - PAS VIGENCIA 2024 Y SU COMPONENTE ANUAL DE INVERSIONES - COAI DEL MUNICIPIO DE SIMITI.
Correspondiente al periodo: Del (día) de (mes) al (día) de (mes) del (año)	Del 11 de Octubre al 10 de Noviembre de 2024
Cordialmente,  Firma contratista	
NOTA 1: Bajo la gravedad del juramento manifiesto que, no he contratado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad realizada, parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario Nacional. NOTA2: Adjunto planilla de pago de seguridad social No 4571738299 y 7953046487. Bajo la gravedad del juramento manifiesto que para el periodo relacionado cancelé mis aportes a la seguridad social sobre el 40% de la totalidad de mis ingresos como prestador de servicios percibidos en la entidad territorial, en los términos establecidos en el artículo 244 de la ley 1955 de 2019.	
Cuenta Tipo: AHORROS Número Cuenta: 41524003724-1 Banco: AGRARIO DE COLOMBIA	
Se expide en Simití, Bolívar, el 12 de Diciembre de 2024.	



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1049635480



DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social YERALDIN JOHANA HERRERA LESMES			
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	1049635480
Ciudad/Municipio	TUNJA	Departamento	BOYACA
Dirección	CENTRO	Teléfono	7444444
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Actividades reguladoras y
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	4571738299	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	octubre / 2024	Periodo Cotización Salud	octubre / 2024
Días de Mora	0	Fecha Pago	2024/10/31
Número Autorización	9990510933		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres YERALDIN JOHANA		Apellidos HERRERA LESMEZ	
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1049635480
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	BOYACA	Municipio	TUNJA
Salario Básico	\$ 1.300.000	Tipo de Salario	

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días	30	IBC	\$ 1.300.000
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	\$ 208.000
FSP - Solidaridad	\$ 0	FSP - Subsistencia	\$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	\$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	\$ 0
Indicador tarifa especial	Normal	Total Aporte	\$ 208.000

SALUD		Administradora	EPS017-FAMISANAR
Días	30	IBC	\$ 1.300.000
Tarifa	12,500 %	Cotización Obligatoria	\$ 162.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	\$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	\$ 0
Valor ADRES	\$ 0	Total Aporte	\$ 162.500

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	IBC	\$ 1.300.000
Clase de Riesgo	I	Tarifa	0,522 %
Centro de Trabajo	104963548	Total Aporte	\$ 6.800

TOTAL PAGADO:	\$ 377.300
---------------	------------

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TITO IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO PLANILLA:	N. CORRESPONDIENTE
TITO IDENTIFICACION SOCIAL:	NÚMERO DE IDENTIFICACION:	FECHA DE FIRMADO OTROSO SUBSISTAS:	FECHA:
DIRECCION:	TITULO DEPARTAMENTO:	OTROSOS ABO:	OTROSOS ABO:
TITO APORTANTE:	CENTRO TELEFONO:	2004/2127 NÚMERO AUTORIZACION:	1121474544
TITO EMPRESA:	22-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	FECHA PAISO (año/mes/dia):	2004/10/31
FORMA DE PRESERVACION:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	
	UNICO	45/1782899 F. FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	
	Actividades reguladoras y subsidiarias de la act		
	VERALDON JOHANA HERBERA TESERIS		
	BOYACA		
	INDEPENDIENTE		
	Actividades reguladoras y subsidiarias de la act		

[illegible]

DEPURACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE				
IDENTIFICACIÓN				
NOMBRES Y APELLIDOS	YERALDINE JOHANA HERRERA LESMEZ			
No. IDENTIFICACIÓN	1.049.635.480			
SERVICIO PRESTADO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES			
DECLARANTE DE RENTA	☒	NO DECLARANTE DE RENTA	☐	
1. CREDITO DE VIVIENDA				
a. ¿Paga intereses por créditos de vivienda?	SI		NO	X
b. ¿Adjunta certificación?	SI		NO	X
c. ¿Crédito Compartido?	SI		NO	X
En caso de contestar afirmativamente adjuntar certificación y con respecto el punto 1c informar: ____ % que le corresponde \$ _____ Valor que le corresponde				
2. PAGOS DE SALUD MEDICINA PREPAGADA				
¿Realiza Aportes a Salud, de acuerdo con el Art. 387 numeral a y b del E.T.?	SI		NO	X
El monto máximo para disminuir mensualmente es 16 UVT				
3. DEPENDIENTES				
¿Tiene usted alguno de los siguientes DEPENDIENTES, Artículo 387 ET?				
a) Hijos menores de 18 años de edad.	SI			
b) Hijos con edad entre 18 y 23 años, el cuál usted se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	NO			
c) Hijos mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, <u>certificado por Medicina Legal</u> .	NO			
d) Cónyuge o compañero permanente del que se encuentre en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos menores a doscientas sesenta (260) UVT, <u>certificada por contador público</u> , o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean <u>certificados por Medicina Legal</u> .	NO			
e) Padres y hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, <u>certificada por contador público</u> , o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean <u>certificados por Medicina Legal</u> .	NO			
Relación de dependientes - Artículo 1.2.4.1.18. DUT				
Nombres y Apellidos	Tipo de Documento	Identificación N.	Edad	Parentesco
María Valentina Vera Herrera	RC	1050633923	3	hija
La anterior se firma a los 12 días del mes de Diciembre de 2024				
Se firma bajo la gravedad de Juramento para el numeral 3				



SIMITI
890.480.006-1
ALCALDÍA MUNICIPAL
SECRETARIA DE HACIENDA

PAGO CON O SIN FLUJO DE EFECTIVO
NO: 1219 - 10

CDP: 0730 3
RP: 0812 2
OBLIGACIÓN: 1219 9

NÚMERO DE SOPORTE :	CONT.PREST.DE SERVICIOS CTO 2024-110-12-01-115-	CHEQUE:	TRANSFERENCIA	VALOR :	6.297.200,00
FECHA DE ELABORACIÓN :	19/12/2024	VALOR EN LETRA:	SEIS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS		
TERCERO:	1049635480	YERALDIN JOHANA HERRERA LESMEZ			

Detalle: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR LA ARMONIZACIÓN DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD VIGENCIA 2024 – 2027, CARGUE A PLATAFORMA DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE LAS MATRICES, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD - PAS VIGENCIA 2024 Y SU COMPONENTE ANUAL DE INVERSIONES - COAI DEL MUNICIPIO DE SIMITÍ.

PRESUPUESTO

RUBRO PRESUPUESTAL	NOMBRE DEL RUBRO	CODIGO FUENTE	NOMBRE DE LA FUENTE	DEPENDENCIA	VALOR
2.3.2.02.02.009.1 9.1905.12	Documentos metodológicos - Implementar 4 documentos relacionados con el análisis de la las situaciones de salud del municipio	1.2.4.2.0 2	SGP SALUD - SALUD PUBLICA	ALCALDIA	7.280.000,00
Total:					7.280.000,00

CONTABILIDAD

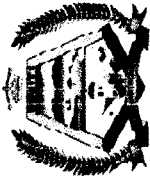
CUENTA	NOMBRE DE LA CUENTA	BASE	DÉBITO	CRÉDITO
1.1.10.05.01.03	Cta 799-5 SGP Salud Publica Fondo Local De Salud Banco Agrario	0,00	0,00	6.297.200,00
2.4.80.04	Acciones de salud pública	0,00	6.297.200,00	0,00
TOTAL A PAGAR:			6.297.200,00	

ALCALDE MUNICIPAL DE SIMITI - BOLIVAR

SECRETARIO(A) DE HACIENDA

ELABORO:	Dora	CHEQUE:	TRANSFERENCIA
FIRMA Y/O SELLO DEL BENEFICIARIO NIT/CC:	CUENTA BANCARIA:		
	FECHA:		19/12/2024
	VALOR A PAGAR:		\$ 6.297.200,00

"TIERRA ENCANTADORA Y BELLA"
Dirección Calle 12 No. 5-31 Palacio Municipal. -Cel. 3183540171 www.simiti-bolivar.gov.co
hacienda@simiti-bolivar.gov.co



CONSTITUCIÓN DE LA OBLIGACIÓN
No. 1219 - 9

CDP: 0730 3

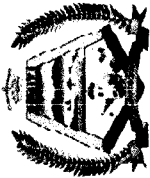
RP: 0812 2

FECHA DE ELABORACIÓN :	19/12/2024	NÚMERO DE SOPORTE :	CONT.PREST.DE SERVICIOS CTO 2024-110-12-01-115-
No. IDENTIFICACIÓN :	1049635480	TERCERO :	YERALDIN JOHANA HERRERA LESMEZ

Detalle: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR LA ARMONIZACIÓN DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD VIGENCIA 2024 – 2027, CARGUE A PLATAFORMA DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE LAS MATRICES, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN EN SALUD - PAS VIGENCIA 2024 Y SU COMPONENTE ANUAL DE INVERSIONES - COAI DEL MUNICIPIO DE SIMITÍ.

RUBRO PRESUPUESTAL	NOMBRE DEL RUBRO	DEPENDENCIA	FUENTE DE FINANCIACIÓN	CPC DANE	BPIN	EC	CUIN	VALOR
2.3.02.02.009.19.190 5.12	documentos metodológicos - implementar 4 documentos relacionados con el análisis de la las situaciones de salud del municipio	alcaldia	1.2.4. sgp salud - salud publica 2.02	91122	202413744005 4			7.280.000,00
1.1.01.02.300.55	estampilla pro cultura	alcaldia	1.2.3. estampillas 1.19					145.600,00
1.1.01.02.300.01.01	estampilla pro adulto mayor mpal	alcaldia	1.2.3. estampillas 1.19					291.200,00
1.1.02.05.001.09.11	estampilla pro cereas	alcaldia	1.2.3. estampillas 1.19					72.800,00
1.1.01.02.300.05	estampilla pro electrificación rural	alcaldia	1.2.3. estampillas 1.19					109.200,00
1.1.01.02.218	tasa prodeporte y recreación	alcaldia	1.2.3. otras contribuciones 2.02					72.800,00
1.1.02.05.001.09.12	contribucion sobre contratos y ordenes de pago	alcaldia	1.2.3. otras contribuciones 2.02					145.600,00
Total:								7.280.000,00

CUENTA	NOMBRE DE LA CUENTA	NIT/CC	TERCERO	BASE	DÉBITO	CRÉDITO
1.3.05.88.01	Estampilla Pro-cultura 2%	1049635480	Yeraldin Johana Herrera Lesmez	7.280.000,00	145.600,00	0,00
1.3.05.88.01	Estampilla Pro-cultura 2%	1049635480	Yeraldin Johana Herrera Lesmez	7.280.000,00	0,00	145.600,00
1.3.05.88.02	Estampilla Pro Adulto Mayor 4%	1049635480	Yeraldin Johana Herrera Lesmez	7.280.000,00	291.200,00	0,00
1.3.05.88.02	Estampilla Pro Adulto Mayor 4%	1049635480	Yeraldin Johana Herrera Lesmez	7.280.000,00	0,00	291.200,00
1.3.05.88.03	Estampilla Pro-CERES 1%	1049635480	Yeraldin Johana Herrera Lesmez	7.280.000,00	72.800,00	0,00
1.3.05.88.03	Estampilla Pro-CERES 1%	1049635480	Yeraldin Johana Herrera Lesmez	7.280.000,00	0,00	72.800,00
1.3.05.88.04.05	Proelectrificación 1.5%	1049635480	Yeraldin Johana Herrera Lesmez	7.280.000,00	109.200,00	0,00
1.3.05.88.04.05	Proelectrificación 1.5%	1049635480	Yeraldin Johana Herrera Lesmez	7.280.000,00	0,00	109.200,00
1.3.11.27.02	Contribución para el Deporte	1049635480	Yeraldin Johana Herrera Lesmez	7.280.000,00	72.800,00	0,00



MUNICIPIO DE SIMITI
890.480.006-1
ALCALDÍA MUNICIPAL DE SIMITÍ BOLÍVAR
SECRETARIA DE HACIENDA

1.3.11.27.02	Contribución para el Deporte	1049635480	Yeraldin Johana Herrera Lesmez	7.280.000,00	0,00	72.800,00
1.3.11.27.03	Contribución sobre Contratos y Órdenes de Pago	1049635480	Yeraldin Johana Herrera Lesmez	7.280.000,00	145.600,00	0,00
1.3.11.27.03	Contribución sobre Contratos y Órdenes de Pago	1049635480	Yeraldin Johana Herrera Lesmez	7.280.000,00	0,00	145.600,00
2.4.07.22.01	Estampilla Pro - Unicartagena	1049635480	Yeraldin Johana Herrera Lesmez	7.280.000,00	0,00	72.800,00
2.4.07.22.02	Estampilla Pro -hospital U	1049635480	Yeraldin Johana Herrera Lesmez	7.280.000,00	0,00	72.800,00
2.4.80.04	Acciones de salud pública	1049635480	Yeraldin Johana Herrera Lesmez		0,00	6.297.200,00
4.1.05.76.01	Estampilla Procultura	1049635480	Yeraldin Johana Herrera Lesmez		0,00	145.600,00
4.1.05.76.02	Estampilla Proanciano	1049635480	Yeraldin Johana Herrera Lesmez		0,00	291.200,00
4.1.05.76.03	Estampilla Pro-ceres	1049635480	Yeraldin Johana Herrera Lesmez		0,00	72.800,00
4.1.05.76.05.05	Proelectrificación 15%	1049635480	Yeraldin Johana Herrera Lesmez		0,00	109.200,00
4.1.10.61.02	Contribución para el Deporte	1049635480	Yeraldin Johana Herrera Lesmez		0,00	72.800,00
4.1.10.61.03	Contribución sobre Contratos y Órdenes de Pago	1049635480	Yeraldin Johana Herrera Lesmez		0,00	145.600,00
5.5.02.10.08	Acciones de salud pública	1049635480	Yeraldin Johana Herrera Lesmez	7.280.000,00		0,00
Total:				8.117.200,0		8.117.200,0

Elaborado por: Dora

Dora Cuba R

SECRETARIA DE HACIENDA



despacho @simiti-bolivar.gov.co <despacho@simiti-bolivar.gov.co>

Notificación de pago masivo

Banco Agrario de Colombia <bancavirtual16@bancoagrario.gov.co> 19 de diciembre de 2024, 15:57
Para: DESPACHO@simiti-bolivar.gov.co
Cc: DESPACHO@simiti-bolivar.gov.co, hacienda@simiti-bolivar.gov.co, despacho@simiti-bolivar.gov.co



Notificación de pago masivo

:: Cuenta Origen
Titular: MUNICIPIO DE SIMITISISTEMA GRALDE PARTICIPACION PARA SALUD PUBLI
Número de cuenta: ****7995
Moneda: \$
Tipo: Cuenta corriente
:: Cuenta Destino

Nombre	Número de documento	Tipo de documento	Número de cuenta	Banco	Referencia	Monto
YERALDIN JOHANA HERRERA LESMEZ	1049635480	CC	****7241	BANCO AGRARIO	210-2	6,297,200.00

Si tiene cualquier duda, comuníquese gratis a la Línea Contacto Banco Agrario 01 8000 915 000 y desde Bogotá al 594 85 00.

Nota: Este e-mail es generado de manera automática, por favor no responda a este mensaje.