	GESTIÓN FINANCIERA	CÓDIGO:	GF-FR-001
	FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO	VERSIÓN:	3
		FECHA DE APROBACIÓN	19/09/2025


No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	2020 de 25/07/2025	TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS
PERIODO CERTIFICADO	DESDE 01/10/2025	HASTA	31/10/2025

I. DATOS DEL CONTRATO			
Unidad ejecutora	SECRETARIA DE SALUD		
Nombre Contratista	DIANA MARCELA VALENCIA MORENO		
No. Identificación (CC – NIT)	1013589159		
Objeto Contratual	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EPIDEMIOLOGIA PARA LA GESTIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DE LA DIRECCION DE SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE SOACHA - SS448 Espacio para sello		
Valor total del Contrato*	\$ 32.600.000,00	Reserva presupuestal	No
Plazo total Contrato**	CINCO (5) MESES Y TRECE (13) DIAS SIN QUE SUPERE EL 31 DE DICIEMBRE 2025	Vo.Bo Dir. Presupuesto	
Acta de pago Número	4		
Valor del pago en numeros	\$ 6.000.000,00		
Valor del pago en letras	SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE		
No. CRP y fecha de expedición	3576 de 28/07/2025		
Fecha aprobación garantía (Si aplica)			
Fecha de Inicio contrato:	28/07/2025	Fecha de Terminación contrato:	31/12/2025
Dependencia:	SALUD PÚBLICA		
Supervisor – Cargo:	MARTHA ISABEL GARCIA QUESADA - PROFESIONAL UNIVERSITARIO		
Nombre de entidad financiera para pago	BANCO DAVIVIENDA	Actividad economica CIU	8699
Numero de cuenta	477900116781	Regimen en ventas	NO Responsable de IVA
Tipo de cuenta	AHORROS	No. Factura	

*Debe incluir el valor de las adiciones, si aplica.

**Debe tener en cuenta las prórrogas, si aplica.

II. CUMPLIMIENTO SEGÚN CONTRATO.		
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	EVIDENCIA VERIFICABLE (Referir la ubicación de los soportes sin acompañarlos físicamente, los cuales integran el archivo del área correspondiente)
1. Articular con el geógrafo de la Dirección de Salud Pública el comportamiento de los abordajes de las líneas (química, alimentos, hábitat, zoonosis) identificando factores de riesgo	Se envía correo con las bases de eventos de interés en salud pública sobre enfermedades zoonóticas para georreferenciar el día 09/10/2025.	Soporte en Medio Físico y Magnético: Obligación 1: 1.1 Correo de base para Geógrafo (Soporte original reposa en la carpeta del contrato 2020/2025).
2. Diseñar e implementar el tablero de indicadores de epidemiológicos en salud ambiental en Soacha.	Se realizó tablero de indicadores trazadores epidemiológicos, reportando desde salud ambiental en la línea de zoonosis, actividad que se realiza mes vencido indicadores de septiembre 2025.	Soporte en Medio Magnético: Obligación 2: 2.1 Tablero de Indicadores Trazadores (Soporte original reposa en la carpeta del contrato 2020/2025).
3. Orienta la gestión técnica y operativa de las acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos de interés en Salud Pública la dimensión salud ambiental.	Se realizó reunión para orientar la gestión técnica y operativa de las acciones de vigilancia en las líneas de salud ambiental el día 24/10/2025; se realizó reunión con la Línea TBC el día 08/10/2025, se realizó reunión con la Línea Salud Laboral el día 09/10/2025.	Soporte en Medio Físico y Magnético: Obligación 3: 3.1 Acta de Reunión Líderes Salud Ambiental, 3,2 Acta Reunión Línea TBC, 3,3 Acta reunión Línea Salud Laboral (Soporte original reposa en la carpeta del contrato 2020/2025).

 Alcaldía Municipal de Soacha	GESTIÓN FINANCIERA	CÓDIGO:	GF-FR-001
	FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO	VERSIÓN:	3
		FECHA DE APROBACIÓN	19/09/2025

No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	2020 de 25/07/2025		TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	HASTA		
4. Realizar el análisis y procesamiento de bases de datos de la línea de salud ambiental.	01/10/2025			Soporte en Medio Magnético: Obligación 4: 4.1 Base TB y HANSEN, 4.2 Base Emergencias y Desastres, 4.3 Base Eventos Zoonosis, (Soporte original reposa en la carpeta del contrato 2020/2025).
5. Realizar informe de las acciones individuales de evento 300 (agresión por animal potencialmente transmisor de rabia) con el fin de garantizar su tratamiento y seguimiento.				Soporte en Medio Magnético: Obligación 5: 5.1 Correo de notificación evento 300, 5.2 Correo Tto UPGDs (Soporte original reposa en la carpeta del contrato 2020/2025).
6. Apoyar la respuesta de las líneas (química, alimentos, habita, zoonosis) con documentos de los protocolos y procedimientos de la vigilancia sanitaria y ambiental en sus cuatro líneas.				Soporte en Medio Magnético: Obligación 6: 6.1 Informe de boceto muestras, 6.2 Correo entrega de informe, 6.3 Correo de Asbesto, 6.4 Correo base Zoonosis (Soporte original reposa en la carpeta del contrato 2020/2025).
7. Realizar de manera mensual el reporte, análisis y seguimiento de los indicadores establecidos para el componente de la vigilancia en salud pública de acuerdo a las dimensiones asignadas.				Soporte en Medio Magnético: Obligación 7: 7.1 Acta de entrega de metas (Soporte original reposa en la carpeta del contrato 2020/2025).
8. Participar en el desarrollo de la sala situacional en salud de la Dirección de Salud Pública.				Soporte en Medio Magnético: Obligación 8: 8.1 Acta de Sala Situacional (Soporte original reposa en la carpeta del contrato 1904/2025).
9. Elaborar boletines trimestrales de resultados del componente de salud ambiental acorde a los lineamientos nacionales, departamentales y municipales y los requerimientos de la institución.				Soporte en Medio Magnético: Obligación 9: 9.1 Boletín Zoonosis, 9.2 Boletín Hábitat (Soporte original reposa en la carpeta del contrato 2020/2025).
10. Participar en el desarrollo del Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) municipal.				Soporte en Medio Magnético: Obligación 10: 10.1 Acta de asistencia COVE Municipal, 10.2 Acta reunión de epidemiología, 10.3 Acta reunión DSP (Soporte original reposa en la carpeta del contrato 2020/2025).
11. Participar en el reporte de metas de planeación con el informe de gestión epidemiológico de las líneas asignadas.				Soporte en Medio Magnético: Obligación 11: 11.1 Informe TBC, 11.2 Correo Revisión de Informes (Soporte original reposa en la carpeta del contrato 2020/2025).
12. Realizar asistencia técnica a las UPGD para garantizar el seguimiento al tratamiento del evento 300 (agresión por animal potencialmente transmisores de rabia).				Soporte en Medio Magnético: Obligación 12: 12.1 Acta Arbovirus, 12.2 Correo Arbovirus, 12.3 Presentación de Arbovirus, 12.4 Base de EEV, 12.5 Correo EEV ajustes (Soporte original reposa en la carpeta del contrato 2020/2025).

 Alcaldía Municipal de Soacha	GESTIÓN FINANCIERA FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO	CÓDIGO:	GF-FR-001
		VERSIÓN:	3
		FECHA DE APROBACIÓN:	19/09/2025

No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	2020 de 25/07/2025		TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	01/10/2025	HASTA	31/10/2025

III. APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Periodo de pago	septiembre
No. Planilla	90247928
ITEM	ENTIDAD
SALUD	FAMISANAR
PENSIÓN	COLPENSIONES
ARL	COLPATRIA

¿LE HAN RECONOCIDO PENSION?	No
Entidad que lo reconoció:	
¿LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL REALIZA SUS APORTES DE ARL (Riesgo IV y V)?	No
No. De Planilla	

IV. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

INFORMACIÓN FINANCIERA	
VALOR INICIAL	\$ 32.600.000,00
VALOR ADICIONES	\$ -
VALOR INICIAL MAS ADICIONES	\$ 32.600.000,00
VALOR TOTAL EJECUTADO	\$ 18.600.000,00
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	57,06%
SALDO POR EJECUTAR	\$ 14.000.000,00

PAGO ANTICIPADO	
ANTICIPO 1	
ANTICIPO 2	
TOTAL ANTICIPOS	0
AMORTIZACIONES	
POR AMORTIZAR	0

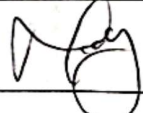
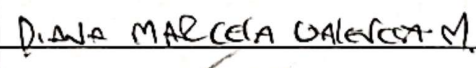
V. DECLARACIÓN ESPECIAL

El contratista declara que toda la información relacionada en el presente informe, corresponde fidedignamente a todas las actividades ejecutadas dentro del respectivo periodo, así como la información de las Entidades a las que aporta al Sistema General de Seguridad Social Integral – SGSSI.

La supervisión del contrato verificó 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, así como cumplimiento de las actividades a cargo del contratista y toda la información registrada en el presente documento, también certifica que todos los documentos de la ejecución contractual expedidos a la fecha están publicados en el SECOP II.

La supervisión autoriza el trámite de pago de la presente acta a la Secretaría de Hacienda Municipal.

Fecha de elaboración: OCTUBRE - 2025

 NOMBRE SUPERVISOR CONTRATO: MARTHÁ ISABEL GARCÍA QUESADA CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO CEDULA DE CIUDADANIA: 65782716	 NOMBRE CONTRATISTA: DIANA MARCELA VALENCIA MORENO CEDULA DE CIUDADANIA: 1013589159
---	---

REVISÓ CENTRAL DE CUENTAS

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013589159	DIANA MARCELA VALENCIA MORENO		CRA 87 BIS 53C 51 SUR	4009690	DVALENCIA8713@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	10/10/2025	90247928	\$742.500	

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	300.000	0	0	0	0	0	0	0	0	300.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	384.000	0	0	0	0	0	0	0	384.000	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										
14-4	Vida Colpatna S.A.	860002183-9	58.500				58.500	0	0	58.500			585	58.500	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	300.000	300.000
Pensión	1	384.000	384.000
Riesgos Laborales	1	58.500	58.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	742.500	742.500

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


DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013589159	DIANA MARCELA VALENCIA MORENO	CRA 87 BIS 53C 51 SUR	4009690	DVALENCIA8713@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.

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	
2025-09	2025-09	I	10/10/2025	90247928	\$742.500	

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																			
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Continuación	Salud	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Excepciones	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	1013589159	VALENCIA MORENO DIANA MARCELA	54	D																		25-14	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EP5017	2.400.000	300.000	14-4	2.400.000	3	58.500		0	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	GESTIÓN FINANCIERA	CÓDIGO	GF-FR-F006		
		VERSIÓN	3		
	TRAMITE DE PAGO - FORMATO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE			FECHA DE APROBACIÓN	
	DD	MM	AA		
19	9	2025			

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

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

1. Yo, DIANA MARCELA VALENCIA MORENO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 1013589159 de Bogota DC 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 01/10/2025 al 31/10/2025.

ENTIDAD	No. CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	VALOR DEL CONTRATO	INGRESO MENSUAL
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA	2020	28/07/2025	31/12/2025	\$ 32.600.000	\$ 6.000.000

2. Bajo la gravedad de juramento certifico que SI 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 OCTUBRE 2025

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

DIANA MARCELA VALENCIA MORENO
 FIRMA:
 C.C. 1013589159 DE BOGOTA DC

