

TR20 237



MUNICIPIO DE FACATATIVA

Nit: 899999328-1

COMPROBANTE DE EGRESO

FECHA: 26/12/2025

Número: 2025007918

A FAVOR DE BALEN MENDEZ SANDRA YAMILE

NIT 35524551

CHEQUE No PAGO ELECTRONIC Fecha 26/12/2025

Cheque por valor de 3,929,000.00

POR VALOR DE TRES MILLONES NOVECIENTOS VEINTI NUEVE MIL PESOS MC.

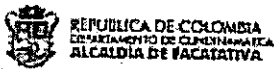
CONCEPTO CUARTO PAGO FINAL SEGÚN CONTRATO N°781-25 "CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA DEL ASEGURAMIENTO Y AFILIACION AL REGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SGSSS". PERIODO DEL 15 DE NOVIEMBRE AL 14 DE DICIEMBRE DE 2025.

COMPROBANTE AFECTADO COM Nro. 2025006740

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA					
CDP	REGISTRO	RUBRO	NOMBRE	DEPENDENCIA	VALOR
2025001725	2025001772	2.3.1906032.2.3.2.02.009. MP050.93004	Servicio de promocion de afiliaciones al regimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social de las personas con capacidad de pago 1906032SALUD Y PROTECCION SOCIALaseguramiento y prestacion integral de servicios de salud . FUENTE: 93004-SUPERAVIT - OTROS GASTOS EN SALUD - COLJUEGOS	SECRETARIA DE SALUD	4,080,000.00
MP050 Aumentar a 122.000 personas con capacidad de pago se afilien al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social. - SGSSS.					
TOTAL PRESUPUESTO					4,080,000.00

3. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE					RETENCIONES	
Cuenta	Nombre de la Cuenta	Débito	Crédito	Tipo	Base	%
11100608011	Otros Gastos en Salud - Municipio de Facatativa CTA 0200 0901 16	00.00	3,929,000.00			
24905401 35524551 001	Honorarios BALEN MENDEZ SANDRA YAMILE	3,929,000.00	00.00			
SUMAS IGUALES			3,929,000.00		3,929,000.00	

Elaboró: EDWARD C	Modifico:	Firma y Sello Beneficiario PAGO ELECTRONICO c.c ó Nit
Aprobó: NESTOR IVAN CIFUENTES ARIAS SECRETARIO PRIVADO	Reviso: GENALDO HERNANDEZ BELLO SECRETARIO DE HACIENDA	



MUNICIPIO DE FACATATIVA

Nit: 899999328-1

RESOLUCION ADMINISTRATIVA No. 2025006740

"POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCE UNA DEUDA Y SE ORDENA UN PAGO"

EI SECRETARIO PRIVADO, SECRETARIA DE HACIENDA En Uso de Sus Atribuciones y

CONSIDERANDO:

Que en el presupuesto de rentas y gastos existe saldo disponible en el (los) siguiente(s) rubros presupuestales:

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA					
CDP	REGISTRO	RUBRO	NOMBRE	DEPENDENCIA	VALOR
2025001725	2025001772	2.3.1906032.2.3.2.02.02.009. MP050.93004	Servicio de promocion de afiliaciones al regimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social de las personas con capacidad de pago1906032SALUD Y PROTECCION SOCIALaseguramiento y prestacion integral de servicios de salud , FUENTE: 93004-SUPERAVIT - OTROS GASTOS EN SALUD - COLJUEGOS	SECRETARIA DE SALUD	4,080,000.00
MP050	Aumentar a 122.000 personas con capacidad de pago se afilien al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social. - SGSSS.				
TOTAL PRESUPUESTO					4,080,000.00

Que el presente gasto se hace necesario para: CUARTO PAGO FINAL SEGÚN CONTRATO N°781-25 "CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA DEL ASEGURAMIENTO Y AFILIACION AL REGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SGSSS". PERIODO DEL 15 DE NOVIEMBRE AL 14 DE DICIEMBRE DE 2025.

Por Concepto de: CUARTO PAGO FINAL SEGÚN CONTRATO N°781-25 "CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA DEL ASEGURAMIENTO Y AFILIACION AL REGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SGSSS". PERIODO DEL 15 DE NOVIEMBRE AL 14 DE DICIEMBRE DE 2025.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Reconozcase y Ordenase pagar la suma de CUATRO MILLONES OCHENTA MIL PESOS MC. (\$4,080,000.00) a BALLEEN MENDEZ SANDRA YAMILE con Nit: 35524551

Por Concepto de: CUARTO PAGO FINAL SEGÚN CONTRATO N°781-25 "CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA DEL ASEGURAMIENTO Y AFILIACION AL REGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SGSSS". PERIODO DEL 15 DE NOVIEMBRE AL 14 DE DICIEMBRE DE 2025.

ARTICULO SEGUNDO. Se autoriza al Señor(a) Tesorero(a) del lugar, para que con cargo al siguiente rubro presupuestal pague la cantidad expresada en el artículo primero previa presentación de los documentos de ley.

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL VIGENCIA					
CDP	REGISTRO	RUBRO	NOMBRE	DEPENDENCIA	VALOR
2025001725	2025001772	2.3.1906032.2.3.2.02.02.009. MP050.93004	Servicio de promocion de afiliaciones al regimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social de las personas con capacidad de pago1906032SALUD Y PROTECCION SOCIALaseguramiento y prestacion integral de servicios de salud . FUENTE: 93004-SUPERAVIT - OTROS GASTOS EN SALUD - COLJUEGOS	SECRETARIA DE SALUD	4,080,000.00
MP050	Aumentar a 122.000 personas con capacidad de pago se afilien al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social. - SGSSS.				
TOTAL PRESUPUESTO					4,080,000.00

Se expide en FACATATIVA a los 24 días del mes de Diciembre de 2025

NESTOR IVAN CIFUENTES ARIAS
SECRETARIO PRIVADO

GENALDO HERNANDEZ BELLO
SECRETARIA HACIENDA

CAUSACION CONTABLE NUMERO 2025006740

24/12/2025

MUNICIPIO DE FACATATIVA

Nit: 899999328-1

RESOLUCION ADMINISTRATIVA No. 2025006740

"POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCE UNA DEUDA Y SE ORDENA UN PAGO"

El SECRETARIO PRIVADO, SECRETARIA DE HACIENDA En Uso de Sus Atribuciones y

Cuenta	Nombre de la Cuenta	Débito	Crédito	RETENCIONES		
				Tipo	Base	%
24905401	Honorarios BALLEEN MENDEZ SANDRA YAMILE	00.00	3,929,000.00			
35524551 001						
55020601	Asignación de bienes y servicios	4,080,000.00	00.00			
13058807	Estampilla Proadulto Mayor 40%	00.00	49,000.00	PRO-RIENEST	4,080,000.00	1.20
13058803	Estampilla Procultura 1.5%	00.00	61,000.00	PRO-CULTURA	4,080,000.00	1.50
13050805	Retención Impuesto de industria y comercio	00.00	41,000.00	I.C.A.	4,080,000.00	1.00
SUMAS IGUALES		4,080,000.00	4,080,000.00			

Elaboró: LISBETHR

013

CUENTA DE COBRO No.04



**CONTRATO
FACATATIVÁ – 781 -25**

BALLEN MENDEZ SANDRA YAMILE

C.c 35.524.551

**15 DE NOVIEMBRE AL 14 DE
DICIEMBRE DEL 2025**

SECRETARIA DE HACIENDA
HOJA DE RUTA PARA PAGOS
CONTRATISTAS - PRESTACION DE SERVICIOS



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
ALCALDIA DE FACATATIVA

FECHA DE RADICACION DE LA CUENTA AL AREA DE CONTABILIDAD	Año	Mes	Día	No RADICADO
	2025	12	15	4

NUMERO DEL CONTRATO

781-25

NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR

Sandra Yamile Ballen Mendez

DEPENDENCIA QUE REALIZA LA SUPERVISION

Secretaria de Salud

VERIFICACION DE SOPORTES DE CUENTA

No.	DESCRIPCION	REVISIÓN		OBSERVACIONES
1	ACTA DE INICIO "PRIMER PAGO".			
2	DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL "PRIMER PAGO".			
3	REGISTRO PRESUPUESTAL "PRIMER PAGO".			
4	CONTRATO DEBIDAMENTE FIRMADO "PRIMER PAGO".			
5	FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO		OK	
6	FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO "INFORMACION FINANCIERA"		OK	
7	FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO "INFORMACION BASICA"		OK	
8	FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO		OK	
9	PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (PLANILLA PAGADA) (PARA OPS)		OK	
10	PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL CON CERTIFICADO DEL REPRESENTANTE LEGAL Y / O CONTADOR PUBLICO. (PARA EMPRESA Y OBLIGADOS A TENER CONTADOR O REV. FISCAL)			
11	POLIZAS DE CUMPLIMIENTO Y SU APROBACION "PRIMER PAGO".			
12	RUT "PRIMER PAGO".			
13	CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL (PARA EMPRESA) "PRIMER PAGO"			
14	CERTIFICADO CUENTA BANCARIA "PRIMER PAGO".			
15	INFORME DE LAS ACTIVIDADES POR PARTE DEL CONTRATISTA		OK	
16	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES POR PARTE DEL SUPERVISOR.		OK	
17	INFORME FINAL DEL CONTRATISTA "ULTIMO PAGO".		OK	
18	INFORME FINAL DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO "ULTIMO PAGO".		OK	
19	ACTA DE LIQUIDACION O TERMINACION DEL CONTRATO "ULTIMO PAGO".		OK	
20	CONDICION DE DECLARANTE Y EXISTENCIA Y DEPENDENCIA ECONOMICA "PRIMER PAGO". (PARA OPS)			
21	VERIFICACIÓN EN SECOP II DE CARGUE DE LOS DOCUMENTOS DEL CONTRATISTA Y SUPERVISOR PARA PAGO			
22	APROBACIÓN DE LA CUENTA POR PARTE DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA EN SECOP II		OK	



NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REvisa POR PARTE DEL AREA DE CONTABILIDAD Y/O PROFESIONAL UNIVERSITARIO

APROBADO		FECHA EN QUE SE REALIZO LA REVISION Y/O DEVOLUCION
SI	NO	

Y		

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REvisa SECRETARIA DE HACIENDA Y / O DIRECTOR FINANCIERO DE RENTAS

APROBADO		FECHA EN QUE SE REALIZO LA REVISION Y/O DEVOLUCION
SI	NO	

P		26/12/25

FACATATIVA

Cra. 3 N° 5-68 / PBX: (57+) 843 9101
www.facatativa-cundinamarca.gov.co
Código Postal: 253051

CODIGO: GF-FR-14
VERSIÓN: 09
FECHA: 08 ABRIL 2024
DOCUMENTO CONTROLADO





FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO

I. INFORMACION CUENTA BANCARIA ACTIVA PARA CONSIGNACION									
BANCO:	BANCOLOMBIA		CUENTA:	22193018762		AHORRO:	X		CORRIENTE:
II. CUENTA DE COBRO									
NUMERO:	4		CUENTA DE COBRO N° 04						
FECHA:	15/12/2025								
III. ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL CONTRATISTA									
Certifico bajo gravedad de juramento y de conformidad con el Decreto 099 de 2013, que los aportes de seguridad social (Salud, Pensión y ARL) corresponden a los ingresos recibidos sobre la base gravable de Retención en la Fuente, aplicable a trabajadores independientes de acuerdo al Contrato N° 781 de (11/08/2025) por el periodo de los meses NOVIEMBRE Y DICIEMBRE sin incluir intereses de mora así:									
IV. INFORMACION DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL									
TRABAJADOR INDEPENDIENTE POR:					CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS			X	
					DIFERENTE A PRESTACION DE SERVICIOS				
					POR CUENTA PROPIA				
SALUD					PENSION				
ENTIDAD:	COMPENSAR				ENTIDAD:	COLPENSIONES			
PERIODO:	NOVIEMBRE - DICIEMBRE				PERIODO:	NOVIEMBRE - DICIEMBRE			
PLANILLA:	7991119511-7994515688				PLANILLA:	7991119511-7994515688			
I.B.C.:	2.640.000	APORTE:	330.000 - 330.000		I.B.C.:	2.640.000	APORTE:	422.400 - 422.400	
ARL					PENSIONADO				
ENTIDAD:	POSITIVA				SI ☐				
PERIODO:	NOVIEMBRE - DICIEMBRE								
PLANILLA:	7991119511-7994515688								
I.B.C.:	2.640.000	APORTE:	13.800 - 13.800		NO ☒				
DATOS DEL CONTRATISTA									
NOMBRE CONTRATISTA:	SANDRA YAMILE BALLÉN MÉNDEZ								
CEDULA DE CIUDADANIA:	35,524,551								
E-MAIL:	SBALLENMENDEZ@GMAIL.COM								
TELEFONO:	3108167586								
FIRMA									
V. CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO									
1. Como supervisor o interventor del contrato certifico que el contratista cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del referido contrato, durante el periodo correspondiente al presente pago.									
2. El contratista realizó los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y ARL.									
3. Los aportes realizados por el contratista corresponden al periodo y monto establecidos por ley para la cotización.									
4. El contratista cumplió y entregó todos los soportes establecidos para el trámite del pago, los cuales son remitidos a la Secretaria Jurídica para su archivo correspondiente.									
NOMBRE SUPERVISOR	CIELO ARGENIS HERNANDEZ PALACIOS								
CARGO:	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL								
DEPENDENCIA:	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL								
E-MAIL:	SECRETARIADESALUD@FACATATIVA-CUNDINAMARCA.COM								
TELEFONO:	601-8439101				FIRMA				
La presente certificación se expide a los:					(15/12/2025) /				

FACATATIVA

Cra. 3 N° 5-68 / PBX: (57+) 843 9101
www.facatativa-cundinamarca.gov.co
Código Postal: 253051

CODIGO:GF-FR-123
VERSION: 09
FECHA:02 FEB 2024
DOCUMENTO CONTROLADO



FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO
INFORMACION FINANCIERA

SECRETARÍA					
CDP					
NUMERO	FECHA	RUBRO	NOMBRE	RECURSO	VALOR
DIS-2025001725	21/07/2025	2.3.1906032.2.3.2.02.02 .009 MP050.93004	Servicio de promoción de afiliaciones al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social de las personas con capacidad de pago 1906032 SALUD Y PROTECCION SOCIAL aseguramiento y prestación integral de servicios de salud - FUENTE: 93004-SUPERAVIT -OTROS GASTOS EN SALUD-COLJUEGOS	93004-SUPERAVIT OTROS GASTOS EN SALUD- COLJUEGOS	16.320.000
CRP					
NUMERO	FECHA	RUBRO	NOMBRE	RECURSO	VALOR
RES-2025001772	11/08/2025	2.3.1906032.2.3.2.02.02 .009 MP050.93004	Servicio de promoción de afiliaciones al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social de las personas con capacidad de pago 1906032 SALUD Y PROTECCION SOCIAL aseguramiento y prestación integral de servicios de salud - FUENTE: 93004-SUPERAVIT -OTROS GASTOS EN SALUD-COLJUEGOS	93004-SUPERAVIT OTROS GASTOS EN SALUD- COLJUEGOS	16.320.000
ADICION					
CDP					
NUMERO	FECHA	RUBRO	NOMBRE	RECURSO	VALOR
CRP					
NUMERO	FECHA	RUBRO	NOMBRE	RECURSO	VALOR
VII. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO					
BALANCE GENERAL DEL CONTRATO			PAGOS REALIZADOS AL CONTRATISTA		
A. CONCEPTO		B. CONTRATO	C. EJECUCION	D. VALOR A CANCELAR	E. BALANCE AMORTIZACION ANTICIPO
1 Valor Inicial del Contrato		16.320.000			
2 Adiciones		-			
3 Valor Total del Contrato (1 + 2)		16.320.000			
4 Anticipo					
Acta de Liquidacion 1			4.080.000		
Acta de Liquidacion 2			4.080.000		
Acta de Liquidacion 3			4.080.000		
Acta de Liquidacion 4			4.080.000		
5 Acta de Liquidacion 5			-		
Acta de Liquidacion 6			-		
Acta de Liquidacion 7			-		
Acta de Liquidacion 8			-		
Acta de Liquidacion 9			-		
Acta de Liquidacion 10			-		
Acta de Liquidacion 11			-		
6 Saldo por Ejecutar Amortizar			-		
Sumas Iguales		16.320.000,00	16.320.000		
SALDO A LIBERAR:		CUATRO MILLONES OCHENTA MIL PESOS M/CTE			



INFORMACION BASICA
FORMATO UNICO DE LIQUIDACION Y TRAMITE DE PAGO

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO					
CONTRATO:	.781	DE	11/08/2025	VERIFICADO SECRETARÍA HACIENDA	
OBJETO:					
CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA DEL ASEGURAMIENTO Y AFILIACION AL REGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SGSSS					
CONTRATISTA:	SANDRA YAMILE BALLÉN MÉNDEZ			CEDULA DE CIUDADANIA Ó NIT: 35,524,551	
II. CONTRATO					
FECHA DE INICIO	15	DE	8	DE	2025
CONTRATO ADICIONAL	TIEMPO(DIAS CALENDARIO)				
FECHA DE FINALIZACION:	14	DE	12	DE	2025
III. INFORMACION ACTA DE LIQUIDACION PARCIAL/ANTICIPO					
ACTA DE LIQUIDACION PARCIAL	/		ANTICIPO		
NUMERO DE ACTA	4		PORCENTAJE DE ANTICIPO	/	
PERIODO DEL ACTA	DEL 15/11/2025 AL 14/12/2025				
VALOR DEL ACTA	CUATRO MILLONES OCHENTA MIL PESOS M/CTE				
IV.FORMA DE PAGO					
FORMA DE PAGO: La Alcaldía Municipal de Facatativá pagará al contratista la suma de DEICISEIS MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL PESOS (\$16.320.000) M/CTE, esto de la siguiente forma: CUATRO (4) pagos iguales mensuales vencidos por la suma de CUATRO MILLONES OCHENTA MIL PESOS (\$4.080.000) M/CTE cada uno. Los pagos anteriores se efectuarán previa verificación de la prestación efectiva del servicio, presentación del informe mensual de actividades, presentación de la factura o cuenta de cobro y pago de seguridad social, recibidos a satisfacción por parte del supervisor. El pago final queda sujeto además de los anteriores requisitos, al recibo a satisfacción del inventario de los elementos entregados en custodia al contratista y a la presentación del informe final de actividades. La Alcaldía Municipal de Facatativá efectuará las deducciones a que haya lugar sobre cada pago, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre la materia.					
V. AUTORIZACION DE TRAMITE DE PAGO					
BIEN O SERVICIO ENTREGADO	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA DEL ASEGURAMIENTO Y AFILIACION AL REGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SGSSS				
OBSERVACIONES					
1)INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES 2) COPIA PLANILLA DE PAGO: SALUD, PENSION, ARL 3) CUENTA DE COBRO N° 04					

FACATATIVÁ

Cra. 3 N° 5-68 / PBX: (57+) 843 9101
www.facatativa-cundinamarca.gov.co
Código Postal: 253051

CODIGO:GF-FR-123
VERSION: 09
FECHA: 02 FEB 2024
DOCUMENTO CONTROLADO



CUENTA DE COBRO No. 04

LA ALCALDIA MUNICIPAL DE FACATATIVA
NIT: 899999328-1

DEBE A:

SANDRA YAMILE BALLEEN MENDEZ
C.C. N° 35.524.551 de Facatativá



POR CONCEPTO: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA DEL ASEGURAMIENTO Y AFILIACION AL REGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SGSSS

CONTRATO N°. FACATATIVA-781- 2025
PERIODO: Del 15/11/2025 al 14/12/2025

VALOR: \$4.080.000

Son: CUATRO MILLONES OCHENTA MIL PESOS M/CTE

CERTIFICO QUE SOY RESPONSABLE DEL REGIMEN SIMPLIFICADO PARA EFECTO DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS

NOTA: Favor consignar a la CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA No. 22193018762

Se anexa planilla soporte de pago de aportes a salud, pensión y ARL, número 7991119511-7994515688

Atentamente,

SANDRA YAMILE BALLEEN MENDEZ
C.C. N° 35.524.551 de Facatativá



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACIÓN:	3524531	NÚMERO PLANILLA:	7981119311
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	SANDRA YAMILE BALLEZ MENDOZA	TIPO DE PLANILLA:	2025
CEDULA DE CIUDADANIA:	CUN	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2025
FACULTATIVA:	CL 8 C 1 B	MES:	noviembre
TELÉFONO:	8238458	AÑO:	2025
CLASIFICACIÓN:	INDEPENDIENTE	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1914750073
TIPO EMPRESA:	PRIVADA		
ACTIVIDAD ECONÓMICA:	UNICO		
FORMA DE PRESENTACIÓN:	APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEHA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEHA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

TOTAL APORTES A PERSONA									
APORTES VOLUNTARIOS		SOLIDARIDAD		SUBSISTENCIA		COTIZACIÓN		MORA	
EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE
25-14	25-14 COLPENSACIONES	1	1	1	1	1	1	1	1
SUBTOTAL:		\$ 422.400		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
TOTAL:		\$ 422.400		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
VALOR PAGADO		\$ 422.400		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

TOTAL APORTES A SALUD									
LICENCIA MATERINIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		COTIZACIÓN		MORA	
EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE
25-14	25-14 COLPENSACIONES	1	1	1	1	1	1	1	1
SUBTOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
TOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
VALOR PAGADO		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

TOTAL APORTES A RESERVA PROFESIONALES									
LICENCIA MATERINIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		COTIZACIÓN		MORA	
EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE
25-14	25-14 COLPENSACIONES	1	1	1	1	1	1	1	1
SUBTOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
TOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
VALOR PAGADO		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA MATERINIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		COTIZACIÓN		MORA	
EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE
25-14	25-14 COLPENSACIONES	1	1	1	1	1	1	1	1
SUBTOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
TOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
VALOR PAGADO		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA MATERINIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		COTIZACIÓN		MORA	
EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE
25-14	25-14 COLPENSACIONES	1	1	1	1	1	1	1	1
SUBTOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
TOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
VALOR PAGADO		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA MATERINIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		COTIZACIÓN		MORA	
EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE
25-14	25-14 COLPENSACIONES	1	1	1	1	1	1	1	1
SUBTOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
TOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
VALOR PAGADO		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA MATERINIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		COTIZACIÓN		MORA	
EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE
25-14	25-14 COLPENSACIONES	1	1	1	1	1	1	1	1
SUBTOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
TOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
VALOR PAGADO		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA MATERINIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		COTIZACIÓN		MORA	
EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE
25-14	25-14 COLPENSACIONES	1	1	1	1	1	1	1	1
SUBTOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
TOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
VALOR PAGADO		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA MATERINIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		COTIZACIÓN		MORA	
EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE
25-14	25-14 COLPENSACIONES	1	1	1	1	1	1	1	1
SUBTOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
TOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
VALOR PAGADO		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA MATERINIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		COTIZACIÓN		MORA	
EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE
25-14	25-14 COLPENSACIONES	1	1	1	1	1	1	1	1
SUBTOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
TOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
VALOR PAGADO		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA MATERINIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		COTIZACIÓN		MORA	
EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE
25-14	25-14 COLPENSACIONES	1	1	1	1	1	1	1	1
SUBTOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
TOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
VALOR PAGADO		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA MATERINIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		COTIZACIÓN		MORA	
EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE
25-14	25-14 COLPENSACIONES	1	1	1	1	1	1	1	1
SUBTOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
TOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
VALOR PAGADO		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA MATERINIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		COTIZACIÓN		MORA	
EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE
25-14	25-14 COLPENSACIONES	1	1	1	1	1	1	1	1
SUBTOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
TOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
VALOR PAGADO		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA MATERINIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		COTIZACIÓN		MORA	
EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE	EMPLEADOR	COTIZANTE
25-14	25-14 COLPENSACIONES	1	1	1	1	1	1	1	1
SUBTOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
TOTAL:		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	
VALOR PAGADO		\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA MATERINIDAD		SALDO A FAVOR							



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 35524551
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SANDRA YAMILE BALLEN MENDEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	FACATATIVA DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CL 8 C 1 18 TELÉFONO:	8238495
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7991119511	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1914753073

NOVEDADES														
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VSD	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
NIT	CÓDIGO	ADMINISTRADORA		
9003360047	25-14	NOMBRE		
25-14 COLPENSIONES			1	\$ 422.400
SUBTOTAL:			1	\$ 422.400
SALUD				
NIT	CÓDIGO	ADMINISTRADORA		
8600669427	EPS008	NOMBRE		
EPS008-COMPENSAR			1	\$ 330.000
SUBTOTAL:			1	\$ 330.000
CAJA DE COMPENSACIÓN				
NIT	CÓDIGO	ADMINISTRADORA		
8600669427	CCF24	NOMBRE		
CCF24-COMPENSAR			1	\$ 52.800
SUBTOTAL:			1	\$ 52.800
RIESGOS PROFESIONALES				
NIT	CÓDIGO	ADMINISTRADORA		
8600111536	14-23	NOMBRE		
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.			1	\$ 13.800
SUBTOTAL:			1	\$ 13.800

VALOR SIN MORA:	\$ 819.000
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 819.000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
Tipo de Aportación: 25-14	Cédula de Ciudadanía: 3524551	Número Planilla: 7994515688	Tipos de Planilla: 2025
Nombre Completo: SANDRA YAMILE BALLEZ MENDOZA	Departamento: CUNDINAMARCA	Mes: diciembre	Año: 2025
Dirección: CL 8 C 118	Teléfono: 823448	Período Cotización Salud: 2025/11/18	Número Autorización: 100526314
Tipo Aportante: 02 INDEPENDIENTE	Clase Aportante: PRIVADA	Fecha Pago (aaaa/mm/aa):	
Forma de Presentación: ÚNICO	Actividad Económica: Actividades registradas y liquidadas en el 2025	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	
Aportante Exonerado Pago Aportes Salud, Sena e ICBF (Reforma Tributaria): NO			

TOTAL APORTES A PENSION									
APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		SUBSISTENCIA		COTIZACIÓN	
25-14	COUPONES	1	\$ 422.400	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0
SUB-TOTALES:			\$ 422.400		\$ 0		\$ 0		\$ 0

TOTAL APORTES A SALUD									
LICENCIA MATERIDAD		SALDO A FAVOR		MORA		COTIZACIÓN		VALOR A FAVOR	
25-14	COUPONES	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0
SUB-TOTALES:			\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
LICENCIA POR ENFERMEDAD		SALDO A FAVOR		MORA		COTIZACIÓN		VALOR A FAVOR	
14-23	COUPONES	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0
SUB-TOTALES:			\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA POR ENFERMEDAD		SALDO A FAVOR		MORA		COTIZACIÓN		VALOR A FAVOR	
14-23	COUPONES	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0
SUB-TOTALES:			\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA POR ENFERMEDAD		SALDO A FAVOR		MORA		COTIZACIÓN		VALOR A FAVOR	
14-23	COUPONES	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0
SUB-TOTALES:			\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES									
PENSION		SEGURO SOCIAL		SALUD		CENTRO DE TRABAJO		CENTRO DE TRABAJO	
25-14	COUPONES	1	\$ 422.400	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0
SUB-TOTALES:			\$ 422.400		\$ 0		\$ 0		\$ 0

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA POR ENFERMEDAD		SALDO A FAVOR		MORA		COTIZACIÓN		VALOR A FAVOR	
14-23	COUPONES	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0
SUB-TOTALES:			\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA POR ENFERMEDAD		SALDO A FAVOR		MORA		COTIZACIÓN		VALOR A FAVOR	
14-23	COUPONES	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0
SUB-TOTALES:			\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA POR ENFERMEDAD		SALDO A FAVOR		MORA		COTIZACIÓN		VALOR A FAVOR	
14-23	COUPONES	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0
SUB-TOTALES:			\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA POR ENFERMEDAD		SALDO A FAVOR		MORA		COTIZACIÓN		VALOR A FAVOR	
14-23	COUPONES	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0
SUB-TOTALES:			\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA POR ENFERMEDAD		SALDO A FAVOR		MORA		COTIZACIÓN		VALOR A FAVOR	
14-23	COUPONES	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0
SUB-TOTALES:			\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA POR ENFERMEDAD		SALDO A FAVOR		MORA		COTIZACIÓN		VALOR A FAVOR	
14-23	COUPONES	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0
SUB-TOTALES:			\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA POR ENFERMEDAD		SALDO A FAVOR		MORA		COTIZACIÓN		VALOR A FAVOR	
14-23	COUPONES	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0
SUB-TOTALES:			\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA POR ENFERMEDAD		SALDO A FAVOR		MORA		COTIZACIÓN		VALOR A FAVOR	
14-23	COUPONES	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0
SUB-TOTALES:			\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA POR ENFERMEDAD		SALDO A FAVOR		MORA		COTIZACIÓN		VALOR A FAVOR	
14-23	COUPONES	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0
SUB-TOTALES:			\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA POR ENFERMEDAD		SALDO A FAVOR		MORA		COTIZACIÓN		VALOR A FAVOR	
14-23	COUPONES	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0
SUB-TOTALES:			\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA POR ENFERMEDAD		SALDO A FAVOR		MORA		COTIZACIÓN		VALOR A FAVOR	
14-23	COUPONES	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0
SUB-TOTALES:			\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 35524551
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SANDRA YAMILE BALLEZ MENDEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	FACATATIVA DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CL 8 C 1 18 TELÉFONO:	8238495
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7994515688	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: diciembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1936593514

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

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE		
9003360047		25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 422.400
SUBTOTAL:					1	\$ 422.400
SALUD						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE		
8600669427		EPS008	EPS008-COMPENSAR		1	\$ 330.000
SUBTOTAL:					1	\$ 330.000
CAJA DE COMPENSACIÓN						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE		
8600669427		CCF24	CCF24-COMPENSAR		1	\$ 52.800
SUBTOTAL:					1	\$ 52.800
RIESGOS PROFESIONALES						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE		
8600111536		14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1	\$ 13.800
SUBTOTAL:					1	\$ 13.800

VALOR SIN MORA:	\$ 819.000
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 819.000



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO ANUAL
AÑO 2025



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 35524551
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		SANDRA YAMILE
CIUDAD/MUNICIPIO:	FACATATIVA DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CL 8 C 1 18	TELÉFONO: 8238495
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	ACTIVIDADES REGULADORAS Y

A continuación se presenta la información de los aportes realizados para el año de la vigencia a través de SOI, entre el 01-2025 y 12-2025 discriminados por periodos de cotización y planillas pagadas

INFORMACIÓN DE PAGOS							
SUBSISTEMA: TODOS							
ADMINISTRADORA: TODAS							
NÚMERO DE PLANILLA	PERÍODO	FECHA DE PAGO	NÚMERO DE EMPLEADOS	DÍAS EN MORA	VALOR SIN MORA	VALOR INTERESES	MONTO PAGADO
7954588161	Enero-2025	27/01/2025	1	0	\$ 413.300	\$ 0	\$ 413.300
7957987189	Febrero-2025	21/02/2025	1	0	\$ 766.200	\$ 0	\$ 766.200
7961236767	Marzo-2025	18/03/2025	1	0	\$ 766.200	\$ 0	\$ 766.200
7964545094	Abril-2025	22/04/2025	1	0	\$ 766.200	\$ 0	\$ 766.200
7968518539	Mayo-2025	21/05/2025	1	0	\$ 766.200	\$ 0	\$ 766.200
7972389239	Junio-2025	18/06/2025	1	0	\$ 819.000	\$ 0	\$ 819.000
7976215642	Julio-2025	16/07/2025	1	0	\$ 819.000	\$ 0	\$ 819.000
7979663344	Agosto-2025	22/08/2025	1	0	\$ 819.000	\$ 0	\$ 819.000
7984088528	Septiembre-2025	11/09/2025	1	0	\$ 819.000	\$ 0	\$ 819.000
7987513361	Octubre-2025	14/10/2025	1	0	\$ 819.000	\$ 0	\$ 819.000
7991119511	Noviembre-2025	10/11/2025	1	0	\$ 819.000	\$ 0	\$ 819.000
7994515688	Diciembre-2025	18/11/2025	1	0	\$ 819.000	\$ 0	\$ 819.000

TOTAL POR LA VIGENCIA:	\$ 9.211.100
------------------------	--------------



INFORME DE ACTIVIDADES

DATOS GENERALES	
Periodo Informe:	Del 15/11/2025 al 14/12/2025 //
Nombre del Contratista:	SANDRA YAMILE BALLÉN MÉNDEZ
Numero de contrato / convenio suscrito	Contrato Prestación de Servicios N° 781 de 2025
Fecha Inicio del Contrato: 15/08/2025	Fecha Final del Contrato: 14/12/2025
El contrato cuenta con prórroga: SI___NO___	Fecha Final Incluyendo Prorroga:
El Contrato tiene suspensiones: SI___ NO___	Periodo de Suspensión:
Nombre y cargo del Supervisor	CIELO ARGENIS HERNANDEZ PALACIOS SECRETARIA DE SALUD

De acuerdo a las obligaciones del contrato enunciado a continuación mencione las actividades desarrolladas:

“OBJETO DEL CONTRATO” CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA DEL ASEGURAMIENTO Y AFILIACION AL REGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SGSSS

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	FECHAS	% DE AVANCE MENSUAL	% DE AVANCE ACUMULADO	ACTIVIDADES REALIZADAS
1.Verificar y consolidar de forma mensual el cargue y la caracterización de la población trabajadora formal del municipio, a través de la plataforma ARCGIS herramienta Survey 123 del Departamento y promover la afiliación al régimen contributivo del SGSSS de las personas con capacidad de pago para evitar la evasión y elusión de aportes.	Noviembre 15 a Diciembre 14 de 2025	25%	100%	1. Se realiza reunión con la Contratista Luisa Sastoque y el Profesional de Aseguramiento, los días 13, 25 de noviembre y 03 de diciembre, con el objeto de socializar el resultado en la verificación de calidad del dato en el registro de empresas de población formal en la Plataforma SURVEY. Se anexa como soporte actas de reunión.
2.Hacer seguimiento en el reporte de actividades	Noviembre 15 a Diciembre 14 de 2025	25%	100%	1.Se realiza validación de la información reportada por el Hospital San Rafael en el cumplimiento de las actividades



de Protección Específica y Detección Temprana, en la atención a población no asegurada y realizar el reporte al Ente Departamental, en cumplimiento del anexo técnico de la Resolución 202 de 2021.				de protección específica, correspondiente al periodo de noviembre 2025, se establece la población atendida que corresponde al municipio de Facatativá y se cumple con la elaboración de oficio con destino a la Gobernación de Cundinamarca, referente al reporte de información de las atenciones realizadas en el Hospital. Se anexa como soporte información reportada por el Hospital San Rafael y oficio para envío a la Gobernación.
3.Asistencia técnica para la identificación, caracterización y consolidación del listado censal de la población especial del municipio, en cumplimiento de la Resolución 1838 de 2019.	Noviembre 15 a Diciembre 14 de 2025	25%	100%	1.Revisión novedades de población especial y organización de la base de datos, con apoyo de responsable en la administración de base de datos. Se anexa como soporte base de datos. 2.Soportes Plan de Acción Afiliaciones. Se anexa como soporte link con evidencias.
4. Asesorar la elaboración para la continuidad de la afiliación al Régimen Subsidiado de la población del municipio de actos administrativos del compromiso y ejecución presupuestal para cada vigencia fiscal que permita el cumplimiento del trámite de la Liquidación Mensual de Afiliados SSF de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud y	Noviembre 15 a Diciembre 14 de 2025	25%	100%	1.Seguimiento y validación ejecución presupuestal recursos régimen subsidiado. Se anexa como soporte ejecución presupuestal. 2.Se elabora acto administrativo, resolución de cierre de los recursos de las fuentes de financiación en el presupuesto de régimen subsidiado. Se anexa como soporte resolución de modificación de recursos. 2. Elaboración oficios para EPS notificación terminación debido proceso NO SISBENIZADOS para retiro población. 3.Elaboración Edictos Emplazatorios para retiro de Población de BDUA. 4. Elaboración oficios para EPS notificación terminación debido



Protección Social.				proceso MIGRANTES para retiro población
5. Asistir y/o apoyar las reuniones, capacitaciones o actividades institucionales de la entidad.	Noviembre 15 a Diciembre 14 de 2025	25%	100%	1. Se participa en reunión presencial con el equipo APS del Hospital San Rafael, con el cual se revisa el proceso de aseguramiento en salud. Se anexa registro de asistencia y acta de reunión. 2. Se asiste de manera presencial a la reunión convocada por la Secretaría de Salud el día 25 de noviembre, en la cual se realiza orientación y lineamientos para cierre de vigencia. Se anexa como soporte acta de reunión. 3. Se participa a reunión de capacitación sobre manejo de residuos peligrosos. Se anexa como soporte registro fotográfico. 4. Se participa en jornada "Desfile de Navidad", el día 05 de diciembre. Se anexa como soporte registro fotográfico.
6. Consolidar y presentar a través de la plataforma SECOP II; informe de ejecución contractual con sus respectivos soportes y evidencias; de acuerdo con la forma de pago, condiciones técnicas y/o productos establecidos.	Noviembre 15 a Diciembre 14 de 2025	25%	100%	Se presenta informe relacionado con la gestión de las obligaciones contractuales en el periodo noviembre-diciembre y el respectivo cargue en Secop.
7. Realizar la entrega al superior del contrato de los documentos, estudios y demás productos elaborados durante la	Noviembre 15 a Diciembre 14 de 2025	25%	100%	Los soportes y documentos elaborados en la ejecución del contrato, se encuentran disponibles en el computador del profesional de Aseguramiento en formato editable y en la carpeta de evidencias de la ejecución del contrato.



ejecución del contrato a la entrega del informe final del mismo en formato digital y modificable.				
---	--	--	--	--

2. Metodología:

- a. Trabajo de Oficina SI ☒ NO ☐
b. Jornadas de trabajo con equipo de la Administración Municipal. SI ☒ NO ☐
c. Trabajo de campo SI ☒ NO ☐
d. Otro ☐ Cual

3. Observaciones del desarrollo de las actividades.
En el desarrollo de las actividades se cumple con las obligaciones asignadas, se estructuran y definen elementos e instrumentos de trabajo.

4. Resultados obtenidos:
El resultado de las obligaciones se describe detalladamente en la descripción de las actividades realizadas.

5. Número de población atendida:

0 - 5 AÑOS		6 - 11 AÑOS		12 - 17 AÑOS		18 - 28 AÑOS		29 - 59 AÑOS		MAYOR DE 60 AÑOS		TOTAL	
F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M

Migrantes		Victimas		Discapacidad		Madre Cabeza de Familia		Afros		LGBTIQ+		Indígena/ Raizal/ROM		Pobreza Extrema		TOTAL	
F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M

Soportes Cumplimiento de Actividades (Describe los soportes)
Obligación 1. Plataforma Survey. La información se encuentra en el DRIVE dispuesto por Secretaría de Salud, en la carpeta correspondiente al mes de NOVIEMBRE-DICIEMBRE, en el link https://drive.google.com/drive/folders/11v52IBI5gieHlz9HPLPpZhLASHTSaTyd
Obligación 2. Soportes de elaboración de oficio para reporte de información a la Gobernación de Cundinamarca de la Resolución 202 de 2021. La información se encuentra en el DRIVE dispuesto por Secretaría de Salud, en la carpeta correspondiente al mes de NOVIEMBRE-DICIEMBRE, en el link https://drive.google.com/drive/folders/1aiO54qUQOYt-LY5rifJiCUMT-S3_HoFD



Obligación 3. Soporte de Listado Censal. La información se encuentra en el DRIVE dispuesto por Secretaría de Salud, en la carpeta correspondiente al mes de NOVIEMBRE-DICIEMBRE, en el link https://drive.google.com/drive/folders/1_v3diO96AR5RilohbLVcme25Bzz6_h_J

Obligación 4. Se anexa como soporte documentos de trámite de recursos de régimen subsidiado. La información se encuentra en el DRIVE dispuesto por Secretaría de Salud, en la carpeta correspondiente al mes de NOVIEMBRE-DICIEMBRE, en el link https://drive.google.com/drive/folders/1LUJk7opTTrb6_-Z5B_bP0yHwcr3MtAC

Obligación 5. Se anexa soporte registro de reunión. La información se encuentra en el DRIVE dispuesto por Secretaría de Salud, en la carpeta correspondiente al mes de NOVIEMBRE-DICIEMBRE, en el link <https://drive.google.com/drive/folders/1VUPpfYZHGWNrk-mO-tYLyD4jJnuTlfho>

Obligación 6. Informe de gestión de obligaciones contractuales. La información se encuentra en el DRIVE dispuesto por Secretaría de Salud, en la carpeta correspondiente al mes de NOVIEMBRE-DICIEMBRE, en el link <https://drive.google.com/drive/folders/1lcCWeCZkry-gUnQG8IDiY5f59HYO17wt>

Obligación 7. Información disponible en computador de Aseguramiento. La información se encuentra en el DRIVE dispuesto por Secretaría de Salud, en la carpeta correspondiente al mes NOVIEMBRE-DICIEMBRE, en el link <https://drive.google.com/drive/folders/1BMgrkiboCR9rILoGs3v3q8HBC-XgLeFH>

(Incluya las obligaciones que requiera)

Nombre del Contratista: **SANDRA YAMILE BALLÉN MÉNDEZ**

Firma:

VoBo del Supervisor del Contrato:

CIELO ARGENIS HERNANDEZ PALACIOS
Secretaria de Salud
Supervisora





INFORME DE SUPERVISIÓN

DATOS GENERALES	
Periodo Informe:	Del 15/11/2025 al 14/12/2025
Nombre del Contratista:	SANDRA YAMILE BALLEEN MENDEZ
Numero de contrato / convenio suscrito	Contrato Prestación de Servicios N° 781 de 2025
Fecha Inicio del Contrato: 15/08/2025	Fecha Final del Contrato: 14/12/2025
El contrato cuenta con prorroga: SI NO X	Fecha Final Incluyendo Prorroga: NA
El Contrato tiene suspensiones: SI NO X	Periodo de Suspensión: NA
Nombre y cargo del Supervisor	CIELO ARGENIS HERNANDEZ PALACIOS SECRETARIA DE SALUD

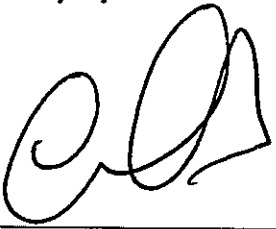
“OBJETO DEL CONTRATO”: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA DEL ASEGURAMIENTO Y AFILIACION AL REGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SGSSS

Conforme a lo verificado, el contratista cumplió con las obligaciones de pago a los sistemas de salud y pensión, de conformidad con la Ley 789 de 2002 modificada por la Ley 828 de 2003.

En mi calidad de supervisor del contrato relacionado al inicio de este documento, certifico que el/la contratista SANDRA YAMILE BALLEEN MENDEZ realizó sus actividades conforme a lo estipulado en el contrato, de manera oportuna y con la calidad y eficiencia requeridas, así como en los tiempos establecidos para el desarrollo de cada una de ellas.

Observaciones adicionales realizadas por el Supervisor: Se verificó el cumplimiento del contratista frente a sus obligaciones, actividades, compromisos, para el periodo aquí certificado con satisfactorio cumplimiento.

Se autoriza el pago por la suma de CUATRO MILLONES OCHENTA MIL PESOS M/CTE (\$4.080.000) M/CTE.


NOMBRE DEL SUPERVISOR: CIELO ARGENIS HERNANDEZ PALACIOS
CARGO: SECRETARIA DE SALUD
CORREO: Secretariadesalud@facatativa-cundinamarca.gov.co
TEL. 601-8439101





INFORME DE ACTIVIDADES FINAL

DATOS GENERALES	
Periodo Informe:	Del 15/08/2025 al 14/12/2025
Nombre del Contratista:	SANDRA YAMILE BALLÉN MÉNDEZ
Numero de contrato / convenio suscrito	Contrato Prestación de Servicios N° 781 de 2025
Fecha Inicio del Contrato: 15/08/2025	Fecha Final del Contrato: 14/12/2025
El contrato cuenta con prórroga: SI ____ NO ____	Fecha Final Incluyendo Prorroga:
El Contrato tiene suspensiones: SI ____ NO ____	Periodo de Suspensión:
Nombre y cargo del Supervisor	CIELO ARGENIS HERNANDEZ PALACIOS SECRETARIA DE SALUD

De acuerdo a las obligaciones del contrato enunciado a continuación mencione las actividades desarrolladas:

“OBJETO DEL CONTRATO” CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA DEL ASEGURAMIENTO Y AFILIACION AL REGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SGSSS

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	FECHAS	% DE AVANCE MENSUAL	% DE AVANCE ACUMULADO	ACTIVIDADES REALIZADAS
1.Verificar y consolidar de forma mensual el cargue y la caracterización de la población trabajadora formal del municipio, a través de la plataforma ARCGIS herramienta Survey 123 del Departamento y promover la afiliación al régimen contributivo del SGSSS de las personas con capacidad de pago para evitar la evasión y elusión de aportes.	Agosto 15 a Diciembre 14 de 2025	100%	100%	Se realizaron actividades de seguimiento mensual con la Contratista Luisa Sastoque y el Profesional de Aseguramiento, con el objeto de socializar el resultado en la verificación de calidad del dato del registro de empresas de población formal en la Plataforma SURVEY. Se anexa como soporte actas de reunión y bases de datos.
2.Hacer seguimiento en el reporte de actividades	Agosto 15 a Diciembre 14 de 2025	100%	100%	Se realizó validación de la información reportada por el Hospital San Rafael en el cumplimiento de las actividades

CODIGO: GCO-FR-46
VERSIÓN: 01
FECHA: 18 NOV 2025
DOCUMENTO CONTROLADO



de Protección Específica y Detección Temprana, en la atención a población no asegurada y realizar el reporte al Ente Departamental, en cumplimiento del anexo técnico de la Resolución 202 de 2021.				de protección específica, correspondiente a los meses agosto a noviembre de 2025, se establece la población atendida que corresponde al municipio de Facatativá y se cumple con la elaboración del oficio con destino a la Gobernación de Cundinamarca, referente al reporte de información de las atenciones realizadas en el Hospital. Se anexa como soporte información reportada por el Hospital San Rafael, oficios firmados por el señor Alcalde y correos que soportan el envío a la Gobernación.
3.Asistencia técnica para la identificación, caracterización y consolidación del listado censal de la población especial del municipio, en cumplimiento de la Resolución 1838 de 2019.	Agosto 15 a Diciembre 14 de 2025	100%	100%	Se realizó tramite con diferentes entidades territoriales y EPS para aclarar la afiliación de las personas identificadas como población especial con registro de afiliación en otros territorios. Así mismo, se realizó validación de la información de la condición de certificación de la población identificada como Indígena. Se anexa como soporte bases de datos y oficios de comunicación.
4. Asesorar la elaboración para la continuidad de la afiliación al Régimen Subsidiado de la población del municipio de actos administrativos del compromiso y ejecución presupuestal para cada vigencia fiscal que permita el cumplimiento del trámite de la Liquidación Mensual de Afiliados SSF de acuerdo a los lineamientos del Ministerio	Agosto 15 a Diciembre 14 de 2025	100%	100%	Se realizó validación de lo registrado en el Presupuesto frente al consolidado publicado por la ADRES en la Liquidación Mensual, estableciendo que los valores corresponden. Así mismo se realizaron los actos administrativos de modificación y cierre de ejecución de recursos del régimen subsidiado. Se registró trimestralmente el registro y cargue de soportes de la información de seguimiento al Plan de Acción en el Drive, correspondiente a las metas 50 y 51. Se anexa como soporte consolidado de recursos, actos administrativos y registro fotográfico de Drive.



de Salud y Protección Social.				
5. Asistir y/o apoyar las reuniones, capacitaciones o actividades institucionales de la entidad.	Agosto 15 a Diciembre 14 de 2025	100%	100%	Se asistió a las reuniones convocadas mensualmente por la Secretaria de Salud, en la cual se realizó comité de respuesta inmediata y Comité Primario. Se anexa como soporte acta de reuniones. Así mismo se participó y apoyo en reuniones y mesas de trabajo como cartera, aseguramiento APS y se asistió a las actividades de la administración municipal como día dulce, navidad y jornadas con la comunidad. Se adjunta soportes de asistencia y registro fotográfico.
6. Consolidar y presentar a través de la plataforma SECOP II; informe de ejecución contractual con sus respectivos soportes y evidencias; de acuerdo con la forma de pago, condiciones técnicas y/o productos establecidos.	Agosto 15 a Diciembre 14 de 2025	100%	100%	Se presenta informe final relacionado con la gestión de las obligaciones contractuales en el periodo agosto-diciembre.
7. Realizar la entrega al superior del contrato de los documentos, estudios y demás productos elaborados durante la ejecución del contrato a la entrega del informe final del mismo en formato digital y modificable.	Agosto 15 a Diciembre 14 de 2025	100%	100%	Los soportes y documentos elaborados en la ejecución del contrato, se encuentran disponibles en el computador del profesional de Aseguramiento en formato editable y en la carpeta de evidencias de la ejecución del contrato.



2. Metodología:

- a. Trabajo de Oficina SI ☒ NO ☐
b. Jornadas de trabajo con equipo de la Administración Municipal. SI ☒ NO ☐
c. Trabajo de campo SI ☒ NO ☐
d. Otro ☐ Cual

3. Observaciones del desarrollo de las actividades.

En el desarrollo de las actividades se cumple con las obligaciones asignadas, se estructuran y definen elementos e instrumentos de trabajo.

4. Resultados obtenidos:

El resultado de las obligaciones se describe detalladamente en la descripción de las actividades realizadas.

5. Número de población atendida:

0 - 5 AÑOS		6 - 11 AÑOS		12 - 17 AÑOS		18 - 28 AÑOS		29 - 59 AÑOS		MAYOR DE 60 AÑOS		TOTAL	
F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M

Migrantes		Victimas		Discapacidad		Madre Cabeza de Familia		Afros		LGBTIQ+		Indígena/ Raizal/ROM		Pobreza Extrema		TOTAL	
F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M

Soportes Cumplimiento de Actividades (Describa los soportes)
Obligación 1. Plataforma Survey. La información se encuentra en el DRIVE dispuesto por Secretaría de Salud, en la carpeta correspondiente al mes de AGOSTO-DICIEMBRE, en el link https://drive.google.com/drive/folders/11v52lBI5qieHlz9HPLPpZhLAsHTSaTyd
Obligación 2. Soportes de elaboración de oficio para reporte de información a la Gobernación de Cundinamarca de la Resolución 202 de 2021. La información se encuentra en el DRIVE dispuesto por Secretaría de Salud, en la carpeta correspondiente al mes de AGOSTO-DICIEMBRE, en el link https://drive.google.com/drive/folders/1ajO54qUQOYt-LY5rifJiCUMT-S3_HOfD
Obligación 3. Soporte de Listado Censal. La información se encuentra en el DRIVE dispuesto por Secretaría de Salud, en la carpeta correspondiente al mes de AGOSTO-DICIEMBRE, en el link https://drive.google.com/drive/folders/1_v3diO96AR5RilohbLVcme25Bzz6_h_J
Obligación 4. Se anexa como soporte documentos de trámite de recursos de régimen subsidiado. La información se encuentra en el DRIVE dispuesto por Secretaría de Salud, en la carpeta correspondiente al mes de AGOSTO-DICIEMBRE, en el link https://drive.google.com/drive/folders/1LIUkk7opTTrb6_-Z5B_bP0yHwcr3MtAC
Obligación 5. Se anexa soporte registro de reunión. La información se encuentra en el DRIVE dispuesto por Secretaría de Salud, en la carpeta correspondiente al mes de AGOSTO-DICIEMBRE, en el link https://drive.google.com/drive/folders/1VUPpfYZHGWnrk-mO-tYLyD4jJnuTlfho



Obligación 6. Informe de gestión de obligaciones contractuales. La información se encuentra en el DRIVE dispuesto por Secretaría de Salud, en la carpeta correspondiente al mes de AGOSTO-DICIEMBRE, en el link <https://drive.google.com/drive/folders/1lcWwCZkry-gUnQG8IDjY5f59HYO17wt>

Obligación 7. Información disponible en computador de Aseguramiento. La información se encuentra en el DRIVE dispuesto por Secretaría de Salud, en la carpeta correspondiente al mes AGOSTO-DICIEMBRE, en el link <https://drive.google.com/drive/folders/1BMgrkiboCR9rILoGs3v3q8HBC-XgLeFH>

(Incluya las obligaciones que requiera)

Nombre del Contratista: SANDRA YAMILE BALLÉN MÉNDEZ

Firma:

VoBo del Supervisor del Contrato:

CIELO ARGENIS HERNANDEZ PALACIOS
Secretaría de Salud
Supervisora

FACATATIVA





INFORME DE SUPERVISIÓN FINAL

DATOS GENERALES	
Periodo Informe:	Del 15/08/2025 al 14/12/2025
Nombre del Contratista:	SANDRA YAMILE BALLEEN MENDEZ
Numero de contrato / convenio suscrito	Contrato Prestación de Servicios N° 781 de 2025
Fecha Inicio del Contrato: 15/08/2025	Fecha Final del Contrato: 14/12/2025
El contrato cuenta con prorrogas: SI ☐ NO ☒	Fecha Final Incluyendo Prorroga: NA
El Contrato tiene suspensiones: SI ☐ NO ☒	Periodo de Suspensión: NA
Nombre y cargo del Supervisor	CIELO ARGENIS HERNANDEZ PALACIOS SECRETARIA DE SALUD

"OBJETO DEL CONTRATO": CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA DEL ASEGURAMIENTO Y AFILIACION AL REGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SGSSS

Conforme a lo verificado, el contratista cumplió con las obligaciones de pago a los sistemas de salud y pensión, de conformidad con la Ley 789 de 2002 modificada por la Ley 828 de 2003.

En mi calidad de supervisor del contrato relacionado al inicio de este documento, certifico que el/la contratista SANDRA YAMILE BALLEEN MENDEZ realizó sus actividades conforme a lo estipulado en el contrato, de manera oportuna y con la calidad y eficiencia requeridas, así como en los tiempos establecidos para el desarrollo de cada una de ellas.

Observaciones adicionales realizadas por el Supervisor: Se verificó el cumplimiento del contratista frente a sus obligaciones, actividades, compromisos, para el periodo aquí certificado con satisfactorio cumplimiento.

Se autoriza el pago por la suma de CUATRO MILLONES OCHENTA MIL PESOS M/CTE (\$4.080.000) M/CTE.

NOMBRE DEL SUPERVISOR: CIELO ARGENIS HERNANDEZ PALACIOS
CARGO: SECRETARIA DE SALUD
CORREO: Secretariadesalud@facatativa-cundinamarca.gov.co
TEL. 601-8439101



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
ALCALDÍA DE FACATATIVA



**EL SUSCRITO SUPERVISOR DEL CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 781-
2025 EN EL MUNICIPIO DE FACATATIVÁ - CUNDINAMARCA**

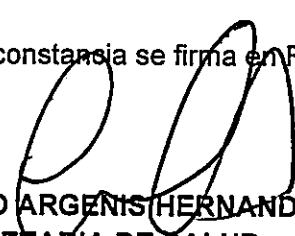
CERTIFICA:

En desarrollo de la ejecución del contrato de prestación de servicios No. 781 de 2025, suscrito entre EL MUNICIPIO DE FACATATIVA y SANDRA YAMILE BALLEEN MENDEZ con C.C. 35.524.551 de FACATATIVA, cuyo objeto es: "CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA DEL ASEGURAMIENTO Y AFILIACION AL REGIMEN CONTRIBUTIVO SGSSS" el contratista ha dado cumplimiento a las obligaciones contraídas en virtud del contrato mencionado, así mismo cumplió con los aportes del pago de seguridad social y parafiscales.

Con base en lo anterior, y previa corroboración del cumplimiento de las actividades, autoriza se tramite el **ULTIMO PAGO CORRESPONDIENTE AL PERIODO 15 DE NOVIEMBRE AL 14 DE DICIEMBRE DEL 2025**, de acuerdo con lo previsto en la cláusula CUARTA del citado contrato, pago que ascenderá a de CUATRO MILLONES OCHENTA MIL PESOS **(\$4.080.000) M/CTE**, con afectación del registro presupuestal 2025001772.

Realizado una balance y verificación de la ejecución contractual, se evidencia el cumplimiento de las obligaciones por la (el) contratista, no se generó alguna alteración económica alguna, motivo por el cual no se considera necesaria la liquidación del contrato, esto conforme a lo establecido en el artículo 217 del decreto ley 019 del año 2012 modificatorio del artículo 60 de la Ley 80 de 1993.

Para constancia se firma en Facatativá el 15 de diciembre de 2025.


CIELO ARGENIS HERNANDEZ PALACIOS
SECRETARÍA DE SALUD
Supervisor

Proyecto: Angie Marcela Mejía Camargo 

Cra. 3 N° 5-68 / PBX: (57+) 843 9101
www.facatativa-cundinamarca.gov.co
Código Postal: 253051

CODIGO: GCO-FR-29
VERSIÓN: 01
FECHA: 18 NOV 2025
DOCUMENTO CONTROLADO



10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200