

 Alcaldía de SOACHA	GESTIÓN FINANCIERA		CÓDIGO:	GF-FR-001
			VERSIÓN:	4
	FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO		FECHA DE APROBACIÓN	16/03/2026

No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	1240 de 21/01/2026		TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	1/05/2026	HASTA	31/05/2026

I. DATOS DEL CONTRATO				
Unidad ejecutora	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL			
Nombre Contratista	INFANTE MARTINEZ CRISTIAN DAVID			
No. Identificación (CC – NIT)	1073705342			
Objeto Contratual	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ORIENTACIÓN Y EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES EN SOACHA 1 SDS104			
Valor total del Contrato*	\$	37.080.000,00	Reserva presupuestal	No
Plazo total Contrato**	6 MESES		Vo.Bo Dir. Presupuesto	
Acta de pago Número	5			
Valor del pago en numeros	\$	6.180.000,00		
Valor del pago en letras	SEIS MILLONES CIENTO OCHENTA MIL PESOS M/CTE			
No. CRP y fecha de expedición	1463 de 21/01/2026		4284 de 20/05/2026	N/A
No. Del rubro de CRP	0108 - 2.3.41.03.005.22.2.3.2.02.009.93411 - 2		0108 - 2.3.41.03.005.22.2.3.2.02.009.93411 - 98	N/A
Fecha aprobación garantía (Si aplica)	N/A			
Fecha de Inicio contrato:	22/01/2026		Fecha de Terminación contrato:	21/07/2026
Dependencia:	DIRECCIÓN INTEGRACIÓN SOCIAL			
Supervisor – Cargo:	NEIDY YOHERLY MARTINEZ LOZANO - PROFESIONAL UNIVERSITARIO II			
Nombre de entidad financiera para pago	BANCOLOMBIA		Actividad economica CIU	8299
Numero de cuenta	42800043837		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.Dar cumplimiento al plan operativo de acción elaborado por el apoyo a la coordinación del programa debidamente aprobado por el Director de área y Secretario de Despacho. El contratista deberá reportar el indicador de cumplimiento en el instrumento dispuesto para tal fin.	Se da cumplimiento a el plan operativo del programa de Discapacidad para el mes de Mayo	Plan Operativo
2. Caracterizar, identificar y registrar a las personas con discapacidad de Soacha a través del instrumento determinado para tal fin por la Secretaria de Desarrollo Social para garantizar la atención oportuna a esta población.	Se realizo la atencion al usuario duramnete el mes Mayo	Planilla de atencion
3. Brindar la orientación y acompañamiento psicosocial de manera intramural y/o extramural conforme a lo definido en el plan de acción del programa de Discapacidad de Soacha y en el marco de lo establecido en la Ley. Para tal efecto deberá sistematizar el archivo de la información producto de la orientación psicosocial guardando la debida reserva.	Se realizo la orientacion y acompañamiento psicosocial durante el mes Mayo	Actas
4. Presentar de manera oportuna, bajo los parámetros establecidos, todos y cada uno de los informes técnicos y/o administrativos requeridos por parte del programa de Discapacidad.	Se presenta los informes tecnicos y administrativos	Informe de las evidencias entregadas
5. Brindar apoyo en la articulación de acciones con entidades público / privadas y de cooperación internacional, planes, programas y proyectos enfocados en la mejora de la calidad de vida de personas con discapacidad de Soacha.	Se realizó el apoyo y ejecucio durante el mes de las actividades programadas	Actas
6. Brindar apoyo en la promoción de espacios y encuentros para la mejora de las relaciones humanas saludables y cambios sociales que incidan de manera favorable en el proyecto de vida de personas con discapacidad de Soacha.	Se brindo apoyo en la promocion y encuentros con el objetivo a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad a traves de las actividades realizadas.	Actas
7. Realizar talleres de capacitación en los temas de educación e inclusión social, prevención de la discapacidad, manejo de los niños, niñas y jóvenes en situación de discapacidad, dirigido a cuidadores y madres titulares beneficiarias del programa de discapacidad de Soacha.	Se realizó el apoyo y ejecucion durante el mes de las actividades programadas.	Fichas y Actas

Gubrea

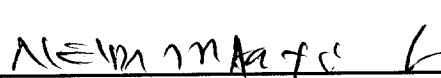
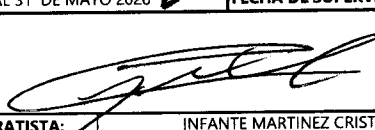
 Alcaldía de SOACHA	GESTIÓN FINANCIERA	CÓDIGO:	GF-FR-001
		VERSIÓN:	4
		FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO	FECHA DE APROBACIÓN

No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	1240 de 21/01/2026		TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	1/05/2026	HASTA	31/05/2026
8. Realizar minimo 30 visitas domiciliarias en ocasión al programa de Discapacidad, diligenciando el instrumento dispuesto por la Secretaría de Desarrollo Social para tal fin, llevando la trazabilidad y seguimiento del mismo.	se realizaron las visitas a demanda y programadas en el mes de mayo así mismo se consolida las realizadas en Total por el quipo Psicosocial.		visitas domiciliarias	
9. Asistir a las diferentes jornadas, actividades y eventos que se le programen.	Se realizó el apoyo y asistencia de jornadas, actividades y eventos que se le programaron.		Reguistro fotografico y Acta	
10. Realizar seguimiento a los diferentes puntos de centros de alivio que se encuentran en Soacha. Debera llevar un registro de casos atendidos.	Se realizó el seguimiento a los diferentes puntos de centros de alivio según la necesidad o requerimiento.		Actas	

III. APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL				
Periodo de pago	abril		¿LE HAN RECONOCIDO PENSION?	No
No. Planilla	9503615755		Entidad que lo reconoció:	
ITEM	ENTIDAD		¿LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL REALIZA SUS APORTES DE ARL (Riesgo IV y V)?	No
SALUD	SALUD TOTAL		No. De Planilla	
PENSIÓN	PORVENIR			
ARL	AURORA			

IV. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO			
INFORMACIÓN FINANCIERA		PAGO ANTICIPADO	
VALOR INICIAL	\$ 24.720.000,00	ANTICIPO 1	
VALOR ADICIONES	\$ 12.360.000,00	ANTICIPO 2	
VALOR INICIAL MAS ADICIONES	\$ 37.080.000,00	TOTAL ANTICIPOS	0
VALOR TOTAL EJECUTADO	\$ 26.574.000,00	AMORTIZACIONES	
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	72%	POR AMORTIZAR	0
SALDO POR EJECUTAR	\$ 10.506.000,00		

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. En caso de que el supervisor del contrato se ausente de manera temporal y sea designado un supervisor suplente, en las firmas de supervisión se deberá especificar de manera clara el nombre del supervisor encargado, cargo, documento de identidad y el periodo exacto durante el cual ejerció dicha función, indicando las fechas de inicio y finalización del encargo. La supervisión autoriza el trámite de pago de la presente acta a la Secretaría de Hacienda Municipal.	
Fecha de elaboración: MAYO DEL 2026	

			
NOMBRE SUPERVISOR CONTRATO:	NEIDY YOHERLY MARTINEZ LOZANO	NOMBRE SUPERVISOR SUPLENTE:	
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II	CARGO:	
CEDULA DE CIUDADANIA:	1.098.604.145 DE BUCARAMANGA	CEDULA DE CIUDADANIA:	
FECHA DE SUPERVISIÓN:	DEL 1 DE MAYO AL 31 DE MAYO 2026	FECHA DE SUPERVISIÓN:	
			
NOMBRE CONTRATISTA:	INFANTE MARTINEZ CRISTIAN DAVID		
CARGO O PERFIL:	ESPECIALIZADO 1		
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1073705342		
No. DE CONTACTO:	3167591071		

REVISÓ CENTRAL DE CUENTAS

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación

dv

Razon Social

INTEFANTE MARTINEZ CRISTIAN DAVID

INDEPENDIENTE

PRINCIPAL

Clase Aportante

Sucursal Principal

Direccion

CIudad-Departamento

Exonerado SENA e ICBF

Telefono

CC-1073705342

3182968

No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo

Pension

Salud

2026-04

2026-04

2026-04

Clave

Pago

Planilla

9503615755

321537431

1

Tipo

Planilla

Limite

1

2026/05/12

2026/05/20

Fecha

Pago

Banco

2026/05/20

BANCOLOMBIA

8

Pago

Dias Mora

Valor

734,800

8

734,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO

CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$395,600	\$2,300	\$0	\$397,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	\$395,600	\$2,300	\$0	\$397,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$25,900	\$200	\$0	\$26,100
SEGUROS DE VIDA AURORA	14-8	860,022,137	5	\$25,900	\$200	\$0	\$26,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$309,000	\$1,800	\$0	\$310,800
EPS002	800,130,907	4	1	\$309,000	\$1,800	\$0	\$310,800
SALUD TOTAL			1	\$730,500	\$4,300	\$0	\$734,800
TOTAL			1	\$730,500	\$4,300	\$0	\$734,800

Página 3 de 3

00000000000000000000

 Aldía Municipal de Soacha	GESTIÓN FINANCIERA	CÓDIGO	GF-FR-F006		
		VERSIÓN	3		
		FECHA DE APROBACIÓN			
	TRAMITE DE PAGO - FORMATO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE		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, Cristian David Infante Martinez, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 1073705342 de Soacha 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 de Mayo del 01 al 31 del año 2026.

ENTIDAD	No. CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	VALOR DEL CONTRATO	INGRESO MENSUAL
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA	1240	22-ene.-26	21-may.-26	24.720.000	4.326.000
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA	1240	22-may.-26	21-jul.-26	12.360.000	1.854.000

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
Alan David Infante Suarez	6	Hijo	1.500.000

La presente Certificación se expide en Mayo 2026

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



FIRMA:

C.C. 1073705342 DE SOACHA