



## PRORROGA DE CONTRATO DE INDEPENDIENTE

### DATOS DE LA EMPRESA

**Tipo de Identificación:** NIT  
**Número de documento:** 899999372  
**Número Afiliación:** 9008783  
**Razón social:** MUNICIPIO DE SIBATE

### DATOS DEL INDEPENDIENTE

**Tipo de documento:** 1  
**Número de documento:** 52009575  
**Nombre:** CLAUDIA MARCELA MENDEZ  
**Fecha Fin contrato:** 28/12/2024  
**Número contrato:** 1768  
**Fecha hora transacción:** 25/05/2026 07:13:38 a. m.  
**Nueva Fecha Fin contrato:** 02/08/2026

Sibaté, junio de 2026

**CUENTA DE COBRO No 004**

ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATE  
Nit 899.999.372-4

DEBE A:

CLAUDIA MARCELA MENDEZ  
C.C. No. 52.009.575 BOGOTA

---

Por concepto de cobro del Cuarto pago del contrato de prestación de servicios No 027 de 2026, comprendido entre 01 mayo al 31 de mayo del 2026.

Favor consignar estos recursos en la Cuenta de Ahorros No. **0550488443389066 de Davivienda**

DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE  
(\$2.420.500)

---

**Nota:** Me permito solicitar aplicar lo dispuesto El Art. 206, 329, 330, 332, 387 y 383 del E.T. que modifíco la Ley 1943 de 2018 ley de financiamiento, al igual que lo dispuesto en el artículo cuarto del decreto 2271 de 2009, Decreto 1273 del 23 de julio de 2018 por medio del cual se hicieron cambios a los aportes al sistema de Seguridad Social de los trabajadores independientes. Manifiesto que:

- Me clasifíco en la cédula de rentas de trabajo teniendo en cuenta la definición del art. 103 del E.T.
- Que no he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad.
- El IBC de la seguridad social presentada corresponde al 40% del valor mensual contratado.

---

Atentamente,

*Claudia Marcela Mendez*

---

CLAUDIA MARCELA MENDEZ

CC 52.009.575 de Bogotá

Dirección: Calle 6 N° 7C- 38 Barrio el Carmen 1081637390

Municipio: Sibaté Cundinamarca

Teléfono: 3204009781

Email: claudiachifer1801@gmail.com

## DECLARACION JURAMENTADA PARA EFECTOS TRIBUTARIOS

Yo CLAUDIA MARCELA MENDEZ, identificada[o] con Cedula número 52.009.575, expedida en la ciudad de BOGOTA, en mi calidad de persona natural me permito declarar bajo la gravedad de juramento que en el momento del pago objeto de esta declaración:

1. **Que, para efectos tributarios**, me encuentro clasificado como persona residente en Colombia,
2. Que pertenezco al régimen tributario Ordinario
3. Que mis ingresos corresponden a Rentas de Trabajo no laborales (honorarios, comisiones, servicios)
4. Que los pagos a recibir se enmarcan dentro de la categoría tributaria de "empleados" y para el año gravable 2026 no voy a asociar costos y deducciones a mis ingresos por honorarios comisiones o servicios, de acuerdo a lo establecido en el artículo 206 del E.T., modificado por el decreto 2231 de diciembre 22 de 2023. (art 1.2.4.1.6 DUR 1625 de 2016, numeral 6).
5. Que de acuerdo a lo declarado anteriormente solicito se me aplique la retención en la fuente prevista en el Artículo 383 del E.T

En constancia de lo anterior se firma a los 31 días del mes de MAYO de 2026

Firma:

*Claudia Marcela Mendez*

Nombre: CLAUDIA MARCELA MENDEZ

Documento de Identificación 52.009.575

Dirección: Correo Electrónico: claudiachifer1801@gmail.com

Teléfono: 3204009781

# ALCALDÍA DE SIBATÉ

Nit: 899.999.372-4 - Calle 10#8-01

ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATE		FECHA DE APROBACION	
FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO		DD	MM
INFORMACION GENERAL		4	6
		AA	2026

## 1. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

NUMERO DE CONTRATO	27	FECHA DE CONTRATO	2-feb-2026
OBJETO		PLAZO DE EJECUCION	SEIS (6) MESES
PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA EN EL MUNICIPIO DE SIBATE.		FECHA DE INICIO	2-feb-2026
		FECHA DE FINALIZACION	1-ago-2026
		PRORROGAS	DOS (2) MESES
		SUSPENSIONES	NO APLICA

CONTRATISTA	
CLAUDIA MARCELA MENDEZ	
C.C. O NIT:	52.009.575
ACTIVIDAD ECONOMICA CIU	8699
REGIMEN DE VENTAS	NO RESPONSABLE DE IVA

SUPERVISOR	
WENDY LORENA ECHEVERY BELLO	
CARGO	SECRETARIA DE SALUD
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
CORREO	SALUD@SIBATE-CUNDINAMARCA.GOV.CO

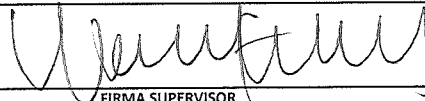
APOYO A LA SUPERVISION	
LEYDA MUNEVAR	
CARGO	JEFE DE SALUD PUBLICA
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD
CORREO	SALUDPUBLICA@SIBATE-CUNDINAMARCA.GOV.CO


## 2. INFORMACION PARA TRAMITE DE PAGO

IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO			
PAGO UNICO	-	N°	4
PAGO PARCIAL	X	%	
ANTICIPO	-		
PAGO ANTICIPADO	-		
PERIODO	01/05/2026 A 31/05/2026		
VALOR DEL PAGO	S	2.420.500	
VALOR DEL PAGO EN LETRAS			
DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE			
N° FACTURA			
CUENTA BANCARIA	055-0488443389066		
BANCO	DAVIVIENDA	TIPO	AHORRO

PAC	
PAGO 1	2.339.817,00
PAGO 2	2.420.500,00
PAGO 3	2.420.500,00
PAGO 4	2.420.500,00
PAGO 5	-
PAGO 6	-
PAGO 7	-
PAGO 8	-
PAGO 9	-
PAGO 10	-
PAGO 11	-
PAGO 12	-
REZAGO	-
TOTAL	9.601.317,00

FIRMA CONTRATISTA	
Claudia Marcela Mendez	

FIRMA SUPERVISOR	
	

FIRMA APOYO A LA SUPERVISION	
	

ALCALDÍA DE **SIBATÉ**  
Nit: 899.999.372-4 - Calle 10#8-01

ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATE		FECHA DE APROBACION		
FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO		DD	MM	AA
INFORMACION FINANCIERA		4	6	2026

NUMERO DE CONTRATO	27
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA EN EL MUNICIPIO DE SIBATE.

IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO			
PAGO UNICO	-		
ACTA PARCIAL	X	N°	4
ANTICIPIO	-	%	0
PAGO ANTICIPADO	-		

3. IMPUTACION PRESUPUESTAL

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP)			
NUMERO	2026000054	FECHA	9 ene 2026
RUBRO	2.3	FUENTE	110101
VALOR	9.682.000,00		

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO (RPC)			
NUMERO	2026000044	FECHA	14 ene 2026
RUBRO	2,3	FUENTE	110101
VALOR	9.682.000,00		

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP)			
NUMERO		FECHA	
RUBRO		FUENTE	
VALOR			

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO (RPC)			
NUMERO		FECHA	
RUBRO		FUENTE	
VALOR			

3. IMPUTACION PRESUPUESTAL

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO (RPC) A AFECTAR			
NUMERO	2026000044	FECHA	14 ene 2026
RUBRO	2.3	FUENTE	110101
VALOR	2.339.817,00		
RUBRO	2.3	FUENTE	110101
VALOR	2.420.500,00		
RUBRO	2.3	FUENTE	110101
VALOR	2.420.500,00		
RUBRO	2.3	FUENTE	110101
VALOR	2.420.500,00		

REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISO (RPC)			
NUMERO		FECHA	
RUBRO		FUENTE	
VALOR			
TOTAL A AFECTAR	9.601.317,00		

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

VALOR INICIAL CONTRATO	9.682.000,00
ADICION 1	
ADICION 2	
ADICION 3	
VALOR TOTAL CONTRATO	9.682.000,00

PAGO ANTICIPADO	
ANTICIPO 1	
ANTICIPO 2	
ANTICIPO 3	
TOTAL ANTICIPOS	-

NUMERO DE ACTA	VALOR A GIRAR	AMORTIZACION	TOTAL ACTA
PAGO PARCIAL 1	2.339.817,00		2.339.817,00
PAGO PARCIAL 2	2.420.500,00		2.420.500,00
PAGO PARCIAL 3	2.420.500,00		2.420.500,00
PAGO PARCIAL 4	2.420.500,00		2.420.500,00
PAGO PARCIAL 5	-		-
PAGO PARCIAL 6	-		-
PAGO PARCIAL 7	-		-
PAGO PARCIAL 8	-		-
PAGO PARCIAL 9	-		-
PAGO PARCIAL 10	-		-
PAGO PARCIAL 11	-		-
PAGO PARCIAL 12	-		-
TOTAL	9.601.317,00		9.601.317,00

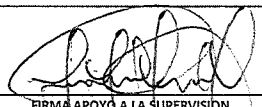
ESTADO DE EJECUCION FINANCIERA	
TOTAL GIROS	9.601.317,00
AMORTIZACIONES	-
EJECUCION	9.601.317,00
POR AMORTIZAR	-
POR EJECUTAR	80.683,00

OBSERVACIONES	
Cuarto Pago del 01/05/2026 al 31/05/2026	

SALDO A LIBERAR	FECHA ACTA LIQUIDACION
-----------------	------------------------

Claudia Marcela Mendez  
FIRMA CONTRATISTA

  
FIRMA SUPERVISOR

  
FIRMA APOYO A LA SUPERVISION

ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATE			FECHA DE APROBACIÓN		
FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO INFORME DE ACTIVIDADES			DD	MM	AA
			4	6	2026

I. INFORMACION DE SUPERVISION O INTERVENTORIA.					
Fecha de Expedición		Supervisor o Interventor		Telefono o Ext.	
DD	MM	AA	WENDY LORENA ECHEVERRY BELLO		3208395604
4	6	2026	SECRETARIA DE SALUD		
II. INFORMACION DE APOYO A LASUPERVISION					
Apoyo a la supervisión				Telefono o Ext.	
LEYDA MUNEVAR				3214621035	
JEFE DE SALUD PUBLICA					
III. INFORMACION CONTRACTUAL.					
Nombre o Razon social del contratista.					CC. / Nri
CLAUDIA MARCELA MENDEZ					52.009.575
TIPO DE CONTRATO: Prestacion de Servicios					
TIPO DE CONTRATO		Fecha	No.		
PRESTACION DE SERVICIOS		2-feb-2026			27
Fecha de Inicio		Plazo de ejecucion			
2-feb-2026		SEIS (6) MESES			
OBJETO CONTRACTUAL					
PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA EN EL MUNICIPIO DE SIBATE.					
III. PERIODO CERTIFICADO					
Desde: DD/MM/AA		Hasta: DD/MM/AA			
1-may-2026		31-may-2026			
IV. CUMPLIMIENTO SEGUN CONTRATO.					
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO	PRODUCTOS PRESENTADOS			
1.Desarrollar visitas domiciliarias de educación y comunicación en enfermedades inmunoprevenibles, bajo el formato AIEPI, dirigidas a familias con niños y niñas entre los 0 a 5 años, 11 meses y 29 días y entre 6 años y 11 años, 11 meses y 29 días, con el propósito de incentivar y orientar el acceso oportuno a los servicios de vacunación (presentar planillas de educación por separado según población de primera infancia e infancia).	1. Realizo visitas domiciliarias casa a casa dentro de nuestro municipio en el área urbana como en el rural donde se encuentren menores de 0 a 11 años 11 meses 29 días y de 6 años a 11 años, 11 meses 29 días, con el fin de identificar enfermedades inmunes prevenibles y diligenciar el formato de (AIEPI), con estos menores y así educar motivar, orientar, remitir a los diferentes servicios (Vacunación, Consulta de Crecimiento y Desarrollo, Higiene Oral), o trasladar al servicio de urgencias si el caso lo amerita. En este mes visite el casco rural, veredas Delicias, Bracamonte, San Fortunato, Peñón, San Miguel, sector la Macarena, en el casco urbano visite los barrios San Jorge, El Carmen, San Juan, La Paz, Inmaculada (la Reserva), los Rosales, Villas de Santa Ana, San José (Monte vida), para un total de 45 Menores.	1. Evidencia fotografica			
2.De acuerdo con las directrices de la Oficina de Salud Pública, ejecutar acciones de vigilancia de enfermedades transmisibles mediante operativos en territorio, barrios comunitarios, actividades de campo ante casos de enfermedades inmunoprevenibles y la implementación de planes de intensificación, con disponibilidad inmediata los siete (7) días de la semana, según la ocurrencia de eventos.	En el mes de Mayo no se realizaron barridos ya que no se presentó ningún evento de sospecha de enfermedades inmuno prevenibles.	En este periodo no se presento eventualidad relacionada con esta actividad			
3.Participar activamente en los comités de vacunación a nivel municipal y departamental, y elaborar los informes que sean requeridos por el supervisor del contrato.	3. - Asistí a la reunión 06/05/26) de Socialización de lineamientos para Monitoreo Rápido Cruzado de Vacunación con otro municipio, ya que Ministerio de salud exige realizar dicha actividad, este año se llevó a cabo el monitoreo con el municipio de Fusagasugá.	3.1 - Evidencia fotografica			
4.Apoyar y participar en las jornadas de vacunación programadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Secretaría de Salud Departamental, y en jornadas extraordinarias que se requieran por parte de las entidades mencionadas o de la Institución contratante.	4. 1) En el mes de mayo se realizó demanda Inducida y Programación para jornadas de Vacunación Jardín Infantil e Instituciones Municipales. 2) Se llevaron a cabo 5 Jornadas de Vacunación A) Jardín Infantil el Patolín B) Instituto de Recreación y el Deporte INDERS C)Escuela de Suboficiales Gonzalo Jiménez de Quesada D) Centro día de los Abuelos E) Centros Pilotos del adulto Mayor (San Miguel y Perico). F - Vacunación Programa Adulto Mayor En estas Jornadas se vacunaron un total de 167 personas entre (niños y adultos).	4. Evidencia fotografica A.- Registro Diario de Vacunación Jardín El patolín B - Registro Diario de Vacunación IMDERS C - Registro Diario de Vacunación, Escuela suboficiales Gonzalo Jiménez de Quesada D - Registro de Vacunación Centro día de los E - Registro de Vacunación San Miguel F - Vacunación Programa Adulto Mayor Vda Perico			

<p>5. Elaborar el censo mensual de vacunación, garantizando la aplicación de estrategias que permitan completar los esquemas según las etapas del ciclo vital, el esquema permanente y las vacunas adicionales definidas por el PAI departamental y el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>5. - Se realizaron seguimientos con la estrategia de la línea amiga, canalizados y remitidos por el grupo PIC, también por medio de mensajes de WhatsApp a nuestros teléfonos por parte de los familiares interesados del menor con el fin de llegar a la vivienda y ejecutar la vacunación a los menores del casco urbano como el casco rural de nuestro municipio, con el fin de completar esquema de vacunación por edades o finalizar esquema de vacunación de los 5 años, al igual identificar y ubicar a niños y niñas de (9 a 17) años con el fin de ser vacunados con los biológicos adicionales del programa ampliado de inmunización PAI, ( Virus del Papiloma Humano) VPH y así en un futuro evitar o bajar población por enfermedad (cáncer). Se continúa vacunando contra la fiebre Amarilla por el aumento de esta enfermedad en nuestro departamento de 9 meses a 59 años de edad, al igual que se inició con la vacuna de influenza entre la población de 6 meses, adulto mayor de 60 años, personas con alguna enfermedad de base (hipertensión, diabetes, asma) y personal de la salud. En esta Actividad casa a casa se vacunaron 27 ☺ niños y 17 ☺ adultos, para un total de 44 personas.</p>	<p>5-Evidencia fotografica 5.1 - Registro Diario de vacunación casa a casa mes de Mayo</p>
<p>6. Participar en la ejecución de monitoreos rápidos de vacunación y de coberturas organizados por el departamento, apoyando la entrega oportuna de la información con los estándares de calidad de datos requeridos.</p>	<p>6. - En el mes de mayo se llevo a cabo monitoreo rápido de vacunación cruzado entre Sibató (12/05/26) y Fusagasugá(15/05/26..</p>	<p>6. Evidencia fotografica 6.1 -Asistencia capacitación MRCV 2026 Trazadores</p>
<p>7. Realizar de manera mensual el seguimiento a la cohorte de recién nacidos.</p>	<p>7. - EN EL MES DE MAYO REALIZO SEGUIMIENTOS DE LA COHORTE DEL RECIÉN NACIDO Y ASI LOGRAR UNA COBERTURA AL 100% DE NUESTRA POBLACION EN MENORES (5 AÑOS).</p>	<p>7-Evidencia fotografica 7.1 -Registro Diario de la cohorte del Recién Nacido mes de mayo</p>
<p>8. Asegurar la implementación y funcionamiento de un sistema de información en vacunación que permita el registro diario de datos conforme a los lineamientos departamentales y nacionales, garantizando la actualización permanente y la elaboración de informes mensuales.</p>	<p>8.1 -Mensualmente se alimentan las bases de beneficiarios y vacunados del mes de Mayo C</p>	<p>8.1 -FORMATO BENEFICIARIOS 2026 CLAUDIA MENDEZ - INFORME DE ACTIVIDADES CLAUDIA MENDEZ 2026</p>
<p>9. Desarrollar acciones educativas dirigidas a la comunidad a través de medios de comunicación comunitarios (televisión y radio), orientadas a fortalecer el conocimiento sobre la importancia de la vacunación, así como el uso y cuidado adecuado del carné de vacunación.</p>	<p>En este periodo no se presento eventualidad relacionada con esta actividad</p>	<p>En este periodo no se presento eventualidad relacionada con esta actividad</p>
<p>10. Ejecutar otras actividades relacionadas con el objeto del contrato que sean asignadas por el jefe de la Secretaría de Salud.</p>	<p>En este periodo no se presento eventualidad relacionada con esta actividad</p>	<p>En este periodo no se presento eventualidad relacionada con esta actividad</p>

Claudia Marcela Mendez

CLAUDIA MARCELA MENDEZ  
52.009.575

En mi calidad de supervisor y/o interventor, previa verificación de los productos recibidos, avalo el contenido del presente informe.



WENDY LORENA ECHEVERRY BELLO  
SECRETARIA DE SALUD



LEYDA MUNEVAR  
JEFE DE SALUD PUBLICA

# ALCALDÍA DE SIBATÉ

Nit: 899.999.372-4 - Calle 10#8-01

	ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATE	FECHA DE APROBACION		
	FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO FORMATO DE SUPERVISION	DD	MM	AAAA
		4	6	2026

I. INFORMACION DE SUPERVISION		
Fecha de Expedición	Supervisor o Interventor	Teléfono o Ext.
DD MM AA 4/6/2026	WENDY LORENA ECHEVERY BELLO SECRETARIA DE SALUD	3208395604
II. INFORMACION DE APOYO A LA SUPERVISION		
	LEYDA MUNEVAR JEFE DE SALUD PUBLICA	3214621035

III. INFORMACION CONTRACTUAL.	
Nombre o Razon social del contratista.	CC. / Nit
CLAUDIA MARCELA MENDEZ	52.009.575

IV. TIPO DE CONTRATO:		
TIPO DE CONTRATO	Fecha:	Contrato No.
PRESTACION DE SERVICIOS	02/02/2026	27
Fecha de Inicio	Plazo Inicial	Adición
02/02/2026	SEIS (6) MESES	0

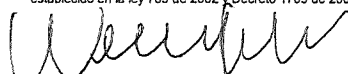
OBJETO		
PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA EN EL MUNICIPIO DE SIBATE		
V. PERIODO CERTIFICADO		
Desde: DD/MM/AA	Hasta: DD/MM/AA	Informe No.
01/05/2026	31/05/2026	4

VI. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO		
-----------------------------------	--	--

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	VERIFICACION
1. Desempeñar visitas domiciliarias de educación y comunicación en enfermedades inmunoprevenibles, bajo el formato PAI, dirigidas a familias con niños y niñas entre los 0 a 5 años, 11 meses y 29 días y entre 6 años y 11 años, 11 meses y 29 días, con el propósito de incentivar y orientar el acceso oportuno a los servicios de vacunación (presentar planillas de educación por separado según población de primera infancia e infancia).	SE VERIFICAN SOPORTES LOS CUALES DAN CUMPLIMIENTO A LA OBLIGACION CONTRACTUAL
2. De acuerdo con las directrices de la Oficina de Salud Pública, ejecutar acciones de vigilancia de enfermedades transmisibles mediante operativos en territorio, barrios comunitarios, actividades de campo ante casos de enfermedades inmunoprevenibles y la implementación de planes de intensificación, con disponibilidad inmediata los siete (7) días de la semana, según la ocurrencia de eventos.	ACTIVIDAD NO EJECUTADA PARA ESTE PERIODO
3. Participar activamente en los comités de vacunación a nivel municipal y departamental, y elaborar los informes que sean requeridos por el supervisor del contrato.	SE VERIFICAN SOPORTES LOS CUALES DAN CUMPLIMIENTO A LA OBLIGACION CONTRACTUAL
4. Apoyar y participar en las jornadas de vacunación programadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Secretaría de Salud Departamental y en jornadas extraordinarias que se requieran por parte de las entidades mencionadas o de la institución contratante.	SE VERIFICAN SOPORTES LOS CUALES DAN CUMPLIMIENTO A LA OBLIGACION CONTRACTUAL
5. Elaborar el censo mensual de vacunación, garantizando la aplicación de estrategias que permitan completar los esquemas según las etapas del ciclo vital, el esquema permanente y las vacunas adicionales definidas por el PAI departamental y el Ministerio de Salud y Protección Social.	SE VERIFICAN SOPORTES LOS CUALES DAN CUMPLIMIENTO A LA OBLIGACION CONTRACTUAL
6. Participar en la ejecución de monitoreos rápidos de vacunación y de coberturas organizados por el departamento, apoyando la entrega oportuna de la información con los estándares de calidad de datos requeridos.	SE VERIFICAN SOPORTES LOS CUALES DAN CUMPLIMIENTO A LA OBLIGACION CONTRACTUAL
7. Realizar de manera mensual el seguimiento a la cohorte de recién nacidos.	SE VERIFICAN SOPORTES LOS CUALES DAN CUMPLIMIENTO A LA OBLIGACION CONTRACTUAL
8. Asegurar la implementación y funcionamiento de un sistema de información en vacunación que permita el registro diario de datos conforme a los lineamientos departamentales y nacionales, garantizando la actualización permanente y la elaboración de informes mensuales.	SE VERIFICAN SOPORTES LOS CUALES DAN CUMPLIMIENTO A LA OBLIGACION CONTRACTUAL
9. Desarrollar acciones educativas dirigidas a la comunidad a través de medios de comunicación comunitarios (televisión y radio), orientadas a fortalecer el conocimiento sobre la importancia de la vacunación, así como el uso y cuidado adecuado del carné de vacunación.	ACTIVIDAD NO EJECUTADA PARA ESTE PERIODO
10. Ejecutar otras actividades relacionadas con el objeto del contrato que sean asignadas por el jefe de la Secretaría de Salud.	ACTIVIDAD NO EJECUTADA PARA ESTE PERIODO

En mi calidad de supervisor, previa verificación de los productos recibidos certifico que el contratista cumplió con las obligaciones en los términos y tiempos pactados, las cuales fueron verificadas y se avala el presente informe de conformidad con el Artículo 83 y 84 de la ley 1474 de 2011.

Así mismo, el supervisor certifica que el contratista realizó el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones y arl, presentando las planillas originales de acuerdo con lo establecido en la ley 789 de 2002 y Decreto 1709 de 2002.



WENDY LORENA ECHEVERY BELLO  
SECRETARIA DE SALUD



LEYDA MUNEVAR  
JEFE DE SALUD PUBLICA

qu

# ALCALDÍA DE SIBATÉ

Nit: 899.999.372-4 - Calle 10#8-01

ALCALDIA MUNICIPAL DE SIBATE		FECHA DE APROBACIÓN		
		DD	MM	AA
FORMATO UNICO DE TRAMITE DE PAGO		4	6	2026
CERTIFICACIÓN				
NUMERO DE CONTRATO	27	IDENTIFICACION DEL TIPO DE PAGO		
OBJETO		PAGO UNICO	-	
PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE SALUD PUBLICA EN EL MUNICIPIO DE SIBATE.		ACTA PARCIAL	X	N° 4
		ANTICIPO	-	% 0
		PAGO ANTICIPADO	-	% 0
		1. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES		

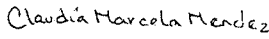
**EL CONTRATISTA**  
 Certifico bajo la gravedad de juramento que los aportes de seguridad social que a continuación se detallan, corresponden a los ingresos percibidos por el presente contrato, para el periodo de esta acta.

SALUD		PENSION		ARL	
ENTIDAD	FAMISANAR	ENTIDAD	COLFONDOS	ENTIDAD	COLPATRIA
PERIODO	MAYO	PERIODO	MAYO	PERIODO	MAYO
PLANILLA	1081637390	PLANILLA	1081637390	PLANILLA	1081637390
I.B.C.	1.750.905,00	I.B.C.	1.750.905,00	I.B.C.	1.750.905,00
APORTE	218.900,00	APORTE	280.200,00	APORTE	42.700,00

## 2. DECLARACION JURAMENTA PARA EFECTOS TRIBUTARIOS

Bajo la gravedad de juramento y como persona natural declaro que en el momento del pago objeto de esta declaración:

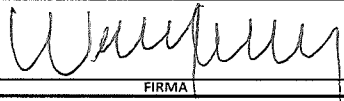

	SI	NO
Para efectos tributarios, me encuentro clasificado como persona residente en Colombia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que pertenezco al regimen tributario ordinario	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que mis ingresos corresponden a Rentas de Trabajo no laborales (honorarios, comisiones, servicios)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que los pagos a recibir se enmarcan dentro de la categoria tributaria de "Renta de Trabajo no laboral" y para el año gravable 2024, no voy a deducir costos a mis ingresos en mi declaración de renta por concepto de estos honorarios, comisiones o servicios, de acuerdo a lo establecido en la Ley 2277 de 2022, artículo 8, reglamentado por el Decreto 2231 de diciembre 22 de 2023. (art 1.2.4.1.6 DUR 1625 de 2016, numeral 6).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Que de acuerdo a lo declarado anteriormente solicito se me aplique la retención en la fuente prevista en el artículo 383 del E.T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTRATISTA	CLAUDIA MARCELA MENDEZ	 FIRMA
C.C. O NIT	52.009.575	
E-MAIL	claudiachifer1801@gmail.com	
TELEFONO	3204009781	

## EL SUPERVISOR

Como supervisor del contrato certifico que el contratista cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del referido contrato, durante el periodo correspondiente al presente pago.  
 Como supervisor del contrato verifiqué 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.  
 Como supervisor del contrato certifico que los soportes que acompañan este formato corresponden a los originados en la ejecución del contrato y fueron debidamente validados para autorizar el trámite de pago.  
 Como supervisor autorizo el tramite de pago de la presente acta ante la Secretaría de Hacienda Municipal.

La presente certificación se expide el: 04/06/2026

SUPERVISOR	WENDY LORENA ECHEVERY BELLO	 FIRMA
CARGO	SECRETARIA DE SALUD	
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD	
E-MAIL	SALUD@SIBATE-CUNDINAMARCA.GOV.CO	
TELEFONO	3208395604	
APOYO A LA SUPERVISION	LEYDA MUNEVAR	 FIRMA
CARGO	JEFE DE SALUD PUBLICA	
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE SALUD	
E-MAIL	SALUDPUBLICA@SIBATE-CUNDINAMARCA.GOV.CO	
TELEFONO	3214621035	

## 3. ANEXOS

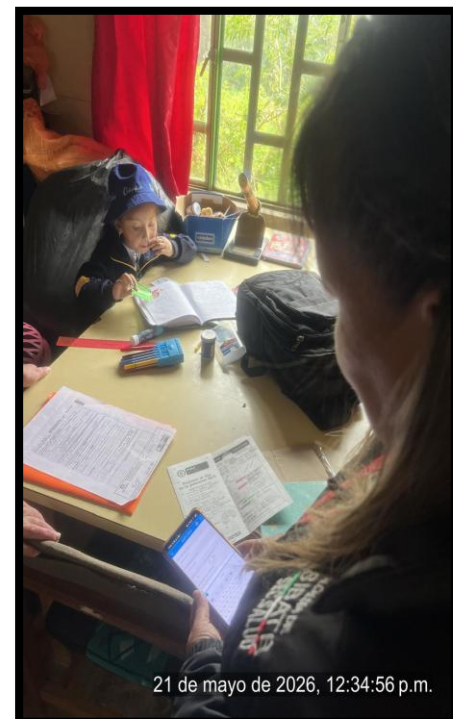
N.	ANEXO	SI/NO	N.	ANEXO	SI/NO
1	RUT (Unicamente para el primer pago o por actualización)	NO	5	CARPETA DE EVIDENCIAS	SI
2	CERTIFICADO BANCARIO	NO	6	SOPORTES PARA DEDUCCIONES DE PAGO (Según aplique)	
3	PLANILLA DE APORTES SEGURIDAD SOCIAL	SI	7		

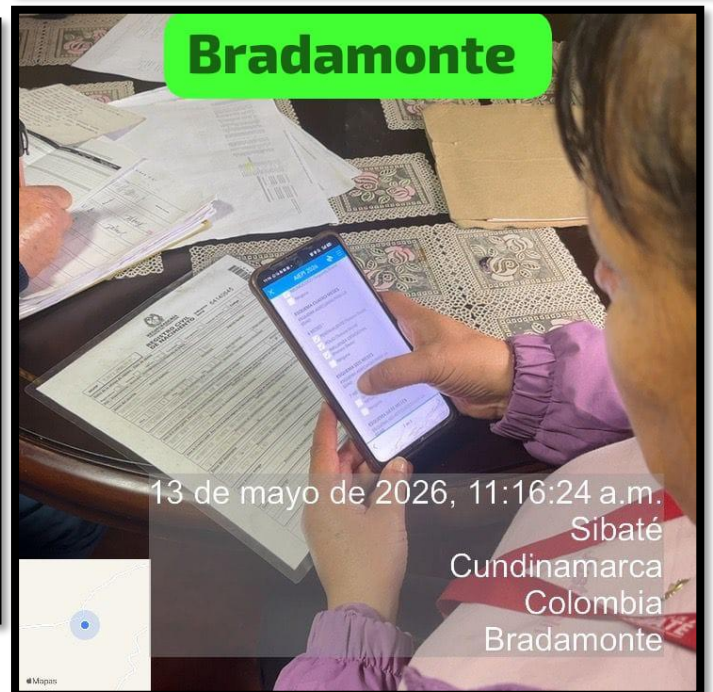
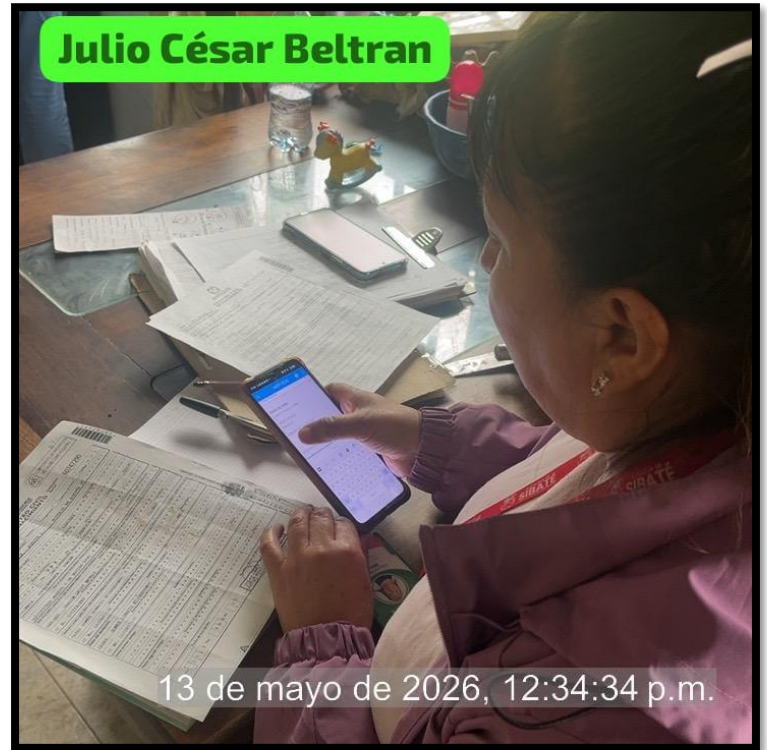
1. Desarrollar visitas domiciliarias de educación y comunicación en enfermedades inmunoprevenibles, bajo el formato AIEPI, dirigidas a familias con niños y niñas entre los 0 a 5 años, 11 meses y 29 días y entre 6 años y 11 años, 11 meses y 29 días, con el propósito de incentivar y orientar el acceso oportuno a los servicios de vacunación (presentar planillas de educación por separado según población de primera infancia e infancia).

**1. Realizo visitas domiciliarias casa a casa dentro de nuestro municipio en el área urbana como en el rural dónde se encuentren menores de 0 a 11 años 11 meses 29 días y de 6 años a 11 años, 11 meses 29 días, con el fin de identificar enfermedades inmunes prevenibles y diligenciar el formato de (AIEPI), con estos menores y así educar motivar, orientar, remitir a los diferentes servicios (Vacunación, Consulta de Crecimiento y Desarrollo, Higiene Oral), o trasladar al servicio de urgencias si el caso lo amerita.**

**En este mes visite el casco rural, veredas Delicias, Bracamonte, San Fortunato, Peñón, San Miguel, sector la Macarena, en el casco urbano visite los barrios San Jorge, El Carmen, San Juan, La Paz, Inmaculada (la Reserva), los Rosales, Villas de Santa Ana, San José (Monte vida).**

**para un total de 45 Menores.**





3. Participar activamente en los comités de vacunación a nivel municipal y departamental, y elaborar los informes que sean requeridos por el supervisor del contrato.

**3. - Asistí a la reunión 06/05/26) de Socialización de lineamientos para Monitoreo Rápido Cruzado de Vacunación con otro municipio, ya que Ministerio de salud exige realizar dicha actividad, este año se llevó a cabo el monitoreo con el municipio de Fusagasugá.**

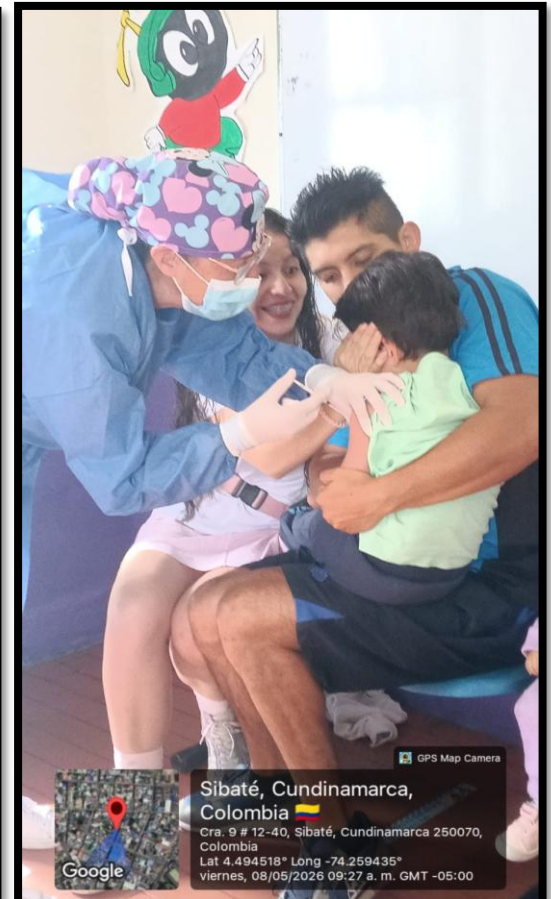


4. Apoyar y participar en las jornadas de vacunación programadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Secretaría de Salud Departamental y en jornadas extraordinarias que se requieran por parte de las entidades mencionadas o de la institución contratante.

**4. 1) En el mes de mayo se realizó demanda Inducida y Programación para jornadas de Vacunación Jardín Infantil e Instituciones Municipales.**

**2) Se llevaron a cabo 5 Jornadas de Vacunación**

**A) Jardín Infantil el Potolina 🤗🤗🤗**





C)Escuela de Suboficiales Gonzalo Jiménez de Quesada 🚒🚒🚒



Escuela de suboficiales  
Gonzalo Jiménez 🚒



27 de mayo de 2026, 4:09:27 p.m.  
Sibaté  
Cundinamarca  
Colombia  
Escuela de Suboficiales Gonzalo Jimenez de Quesada



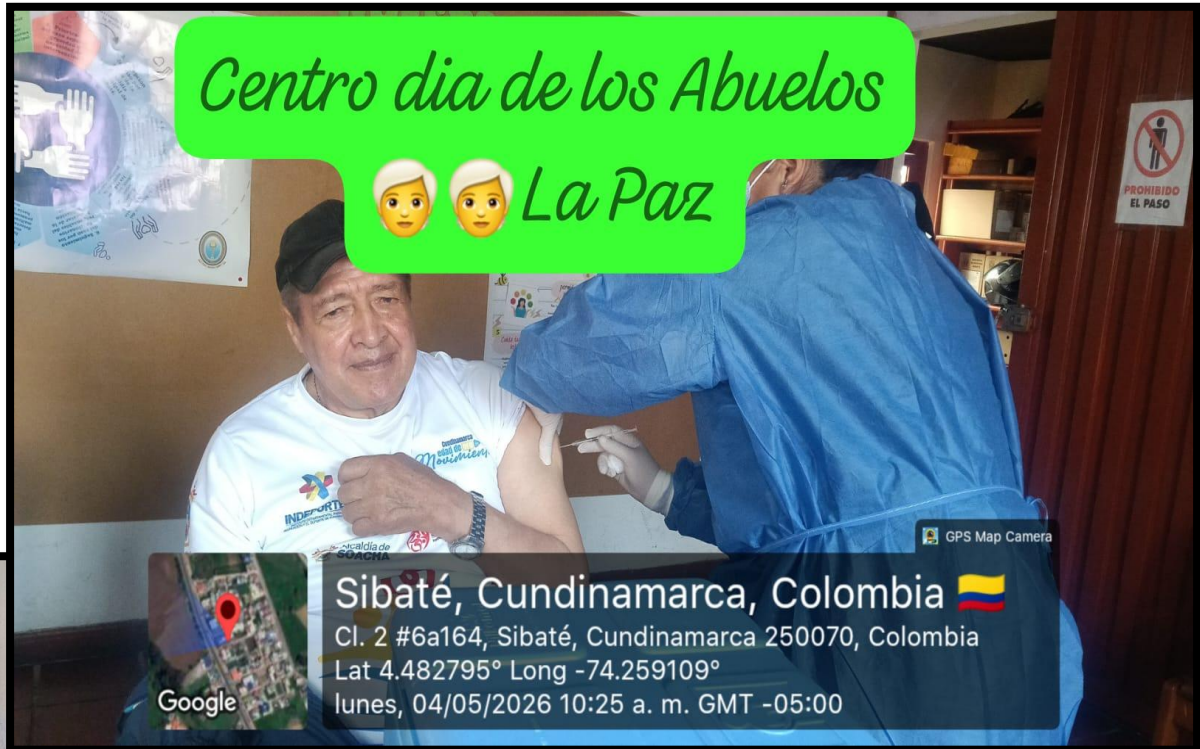
Escuela Suboficiales  
Gonzalo Jiménez de  
Quesada 🚒



27 de mayo de 2026, 3:30:52 p.m.  
Sibaté  
Cundinamarca  
Colombia  
Escuela de Suboficiales Gonzalo Jimenez de Quesada



D) Centro día de los Abuelos 🧓🧓🧓.



Centro dia de los Abuelos

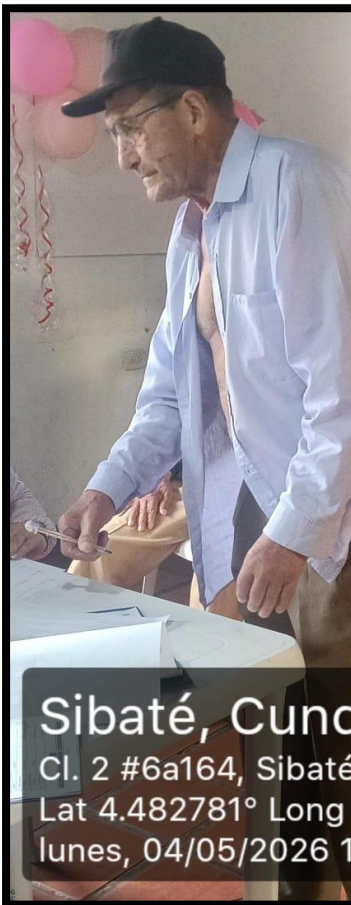
🧓🧓 La Paz

Sibaté, Cundinamarca, Colombia 🇨🇴

Cl. 2 #6a164, Sibaté, Cundinamarca 250070, Colombia

Lat 4.482795° Long -74.259109°

lunes, 04/05/2026 10:25 a. m. GMT -05:00



Sibaté, Cundinamarca, Colombia 🇨🇴

Cl. 2 #6a164, Sibaté, Cundinamarca 250070, Colombia

Lat 4.482781° Long -74.259112°

lunes, 04/05/2026 10:12 a. m. GMT -05:00



Sibaté, Cundinamarca, Colombia 🇨🇴

Cl. 2 #6a164, Sibaté, Cundinamarca 250070, Colombia

Lat 4.482773° Long -74.259093°

lunes, 04/05/2026 10:04 a. m. GMT -05:00

**E) Centros Pilotos del adulto Mayor 🧓🧓🧓 (San Miguel y Perico).**



**F - Vacunación Programa Adulto Mayor**

**En estas Jornadas se vacunaron un total de 167 personas entre (niños y adultos).**





5. Elaborar el censo mensual de vacunación, garantizando la aplicación de estrategias que permitan completar los esquemas según las etapas del ciclo vital, el esquema permanente y las vacunas adicionales definidas por el PAI departamental y el Ministerio de Salud y Protección Social.

**5. - Se realizaron seguimientos con la estrategia de la línea amiga, canalizados y remitidos por el grupo PIC, también por medio de mensajes de WhatsApp a nuestros teléfonos por parte de los familiares interesados del menor con el fin de llegar a la vivienda y ejecutar la vacunación a los menores del casco urbano como el casco rural de nuestro municipio, con el fin de completar esquema de vacunación por edades o finalizar esquema de vacunación de los 5 años, al igual identificar y ubicar a niños y niñas de (9 a 17) años con el fin de ser vacunados con los biológicos adicionales del programa ampliado de inmunización PAI, ( Virus del Papiloma Humano) VPH y así en un futuro evitar o bajar población por enfermedad (cáncer). Se continúa vacunando contra la fiebre Amarilla por el aumento de esta enfermedad en nuestro departamento de 9 meses a 59 años de edad, al igual que se inició con la vacuna de influenza entre la población de 6 meses, adulto mayor de 60 años, personas con alguna enfermedad de base (hipertensión, diabetes, asma) y personal de la salud.**

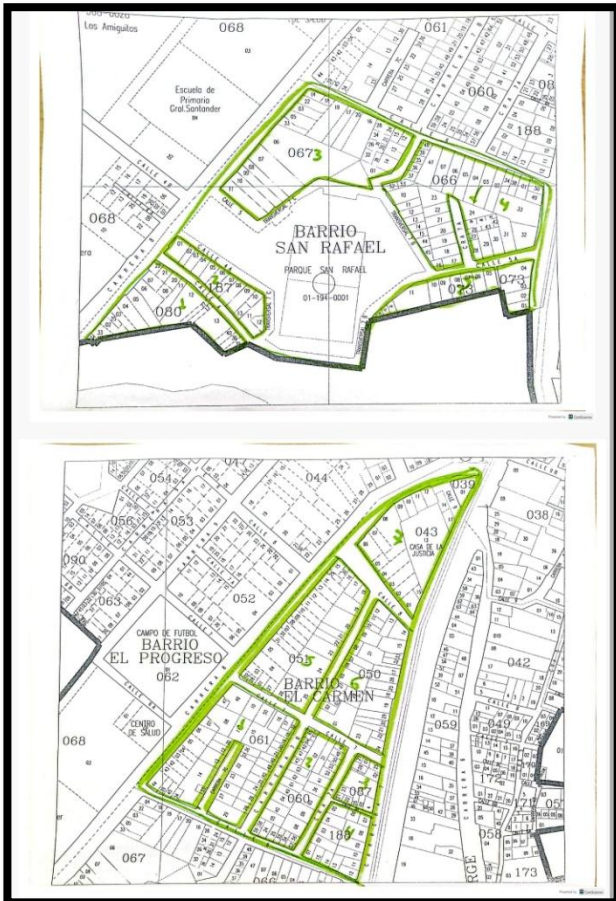
**En esta Actividad casa a casa se vacunaron 27 🧒 niños y 17 🧑 adultos, para un total de 44 personas.**

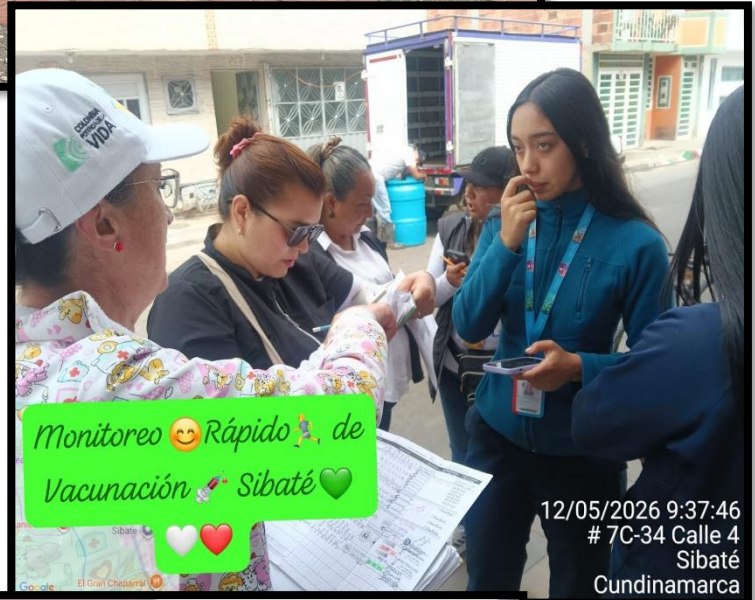




6. Participar en la ejecución de monitoreos rápidos de vacunación y de coberturas organizados por el departamento, apoyando la entrega oportuna de la información con los estándares de calidad de datos requeridos

**6. - En el mes de mayo se llevó a cabo monitoreo rápido de vacunación cruzado entre Sibaté (12/05/26) y Fusagasugá (15/05/26).**







**¡Comunidad fusagasugueña!**

## MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN

**Objetivo:**  
Verificar el estado de vacunación de los niños y niñas menores de 6 años en el municipio de Fusagasugá.

**Fecha:**  
Viernes, 15 de mayo

**Hora:**  
Desde las 8:00 a.m.

**Barrios (casa a casa):**

- Barrio Gaitán
- Barrio La Florida
- Barrio El Progreso

**¡Recuerda tener el carnet de vacunación!**

ALCALDÍA DE FUSAGASUGÁ



Secretaría de Salud Municipal - Dirección de Salud Pública Fusagasugá

👏👏 Así vivimos el Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación en los barrios Gaitán, La Florida y El Progreso.

[www.facebook.com](https://www.facebook.com)

<https://www.facebook.com/share/r/1LMmLR9dDV/?mibextid=wwXifr>

👏👏 Así vivimos el Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación en los barrios Gaitán, La Florida y El Progreso.

🏠 Con el apoyo de la Secretaría de Salud de Sibaté y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Hospital San Rafael de Fusagasugá, seguimos verificando y fortaleciendo la protección de nuestros niños y niñas menores de 6 años.

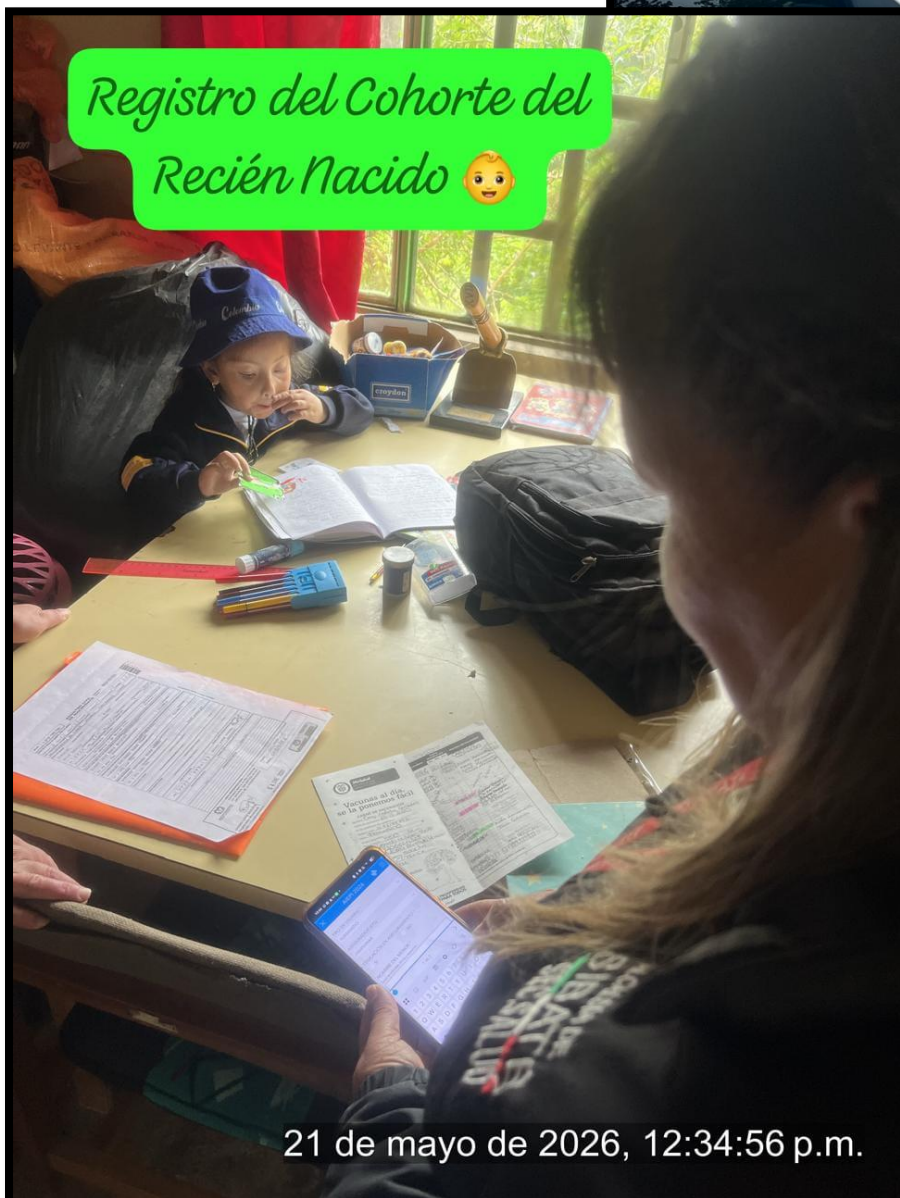
Gracias a las familias que nos recibieron y se sumaron a esta importante estrategia. 💙

Alcaldía de Fusagasugá



7. Realizar de manera mensual el seguimiento a la cohorte de recién nacidos.

**EN EL MES DE MAYO REALIZO SEGUIMIENTOS DE LA COHORTE DEL RECIÉN NACIDO Y ASÍ LOGRAR UNA COBERTURA AL 100% DE NUESTRA POBLACIÓN EN MENORES (5 AÑOS).**







# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-06-04, 07:10:22 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1081637390

Periodo Cotización:

mayo de 2026

Periodo Servicio:

mayo de 2026

Referencia pago

8810361851

PAGADA 29/05/2026

## I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLAUDIA MARCELA MENDEZ		
Documento	CC52009575	Dirección	CL 6 #7 C - 38
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3204009781
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	SIBATE	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

## II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total							
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COB	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 52009575	CLAUDIA MARCELA MENDEZ	59	0																		0	30	30	0	(231001) COLFONDOS	\$1,750,905	\$280,200	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$1,750,905	\$218,900	2.436	\$1,750,905	\$42,700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$541,800

## III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, licencias, saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$1,750,905	\$1,750,905	\$1,750,905	\$0	\$280,200	\$218,900	\$42,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$541,800	\$0	\$541,800

