

	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	1170 del 16/01/2026	TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS
PERIODO CERTIFICADO	DESDE 01/05/2026	HASTA	31/05/2026


I. DATOS DEL CONTRATO			
Unidad ejecutora	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL		
Nombre Contratista	DIANA MARCELA CUBILLOS LÓPEZ		
No. Identificación (CC - NIT)	CC 53890046		
Objeto Contractual	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ORIENTACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO EN TRABAJO SOCIAL A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES EN SOACHA. 2 SDS109		
Valor total del Contrato*	\$ 23.484.000,00	Reserva presupuestal	No
Plazo total Contrato**	SEIS (6) MESES SIN QUE SUPERE 31 DE DICIEMBRE DE 2026	Vo.Bo Dir. Presupuesto	
Acta de pago Número	5		
Valor del pago en numeros	\$		3.914.000,00
Valor del pago en letras	TRES MILLONES NOVECIENTOS CATORCE MIL PESOS M/CTE		
No. CRP y fecha de expedición	1234 de 16/01/2026	4129 de 15/05/2026	N/A
No. Del rubro de CRP	0108-2.3.41.04.020.21.2.3.2.02.02.009.93 411-2	0108-2.3.41.04.020.21.2.3.2.02.02.009.93 411-98	N/A
Fecha aprobación garantía (Si aplica)	N/A		
Fecha de Inicio contrato:	17/01/2026	Fecha de Terminación contrato:	16/05/2026
Dependencia:	DIRECCIÓN INTEGRACIÓN SOCIAL		
Supervisor - Cargo:	NEIDY YOHERLY MARTINEZ LOZANO - PROFESIONAL UNIVERSITARIO II		
Nombre de entidad financiera para pago	BANCOLOMBIA	Actividad economica CIUU	8299
Numero de cuenta	221-487060-38	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 SEGUN 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 al plan operativo en el mes de mayo de 2026	Matriz Plan Operativo, en soporte magnético
2. Brindar apoyo en la caracterización, identificación y registro de personas con discapacidad de Soacha a través del instrumento determinado para tal fin por la Secretaría de Desarrollo Social para garantizar la atención oportuna a esta población.	Se realiza atención al público durante el mes de mayo de 2026, en las instalaciones de la secretaria de Desarrollo Social	Listados de atención y base, en soporte magnético
3. Brindar la orientación en trabajo social 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 realiza atención psicosocial el día 6 de mayo de 2026.	formatos de atención psicosocial, en soporte magnético
4. Apoyar la entrega de las ayudas técnicas realizando una atención previa e identificando la situación socioeconómica de las personas que llegan al CADIS, de conformidad por la Ley y aplicando las diferentes rutas de atención establecidas por la Administración Municipal.	Se realizan visitas domiciliarias para hacer seguimiento de ayudas técnicas durante el mes de mayo de 2026	formatos de visitas domiciliarias, en soporte magnético
5. 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 realiza apoyo a la plataforma SIA durante el mes de mayo de 2026	Matriz Excel donde se reporte el apoyo en SIA observa, en soporte magnético
6. 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 realiza articulación con la ESE para actividades en el centro alivio comuna 2 el día 14 de mayo de 2026	Acta de articulación, en soporte magnético
7. 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 realizan las fichas técnicas del taller a realizar en el centro de alivio en el mes de mayo de 2026.	Ficha técnica de taller, en soporte magnético
8. Apoyar la realización de 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 realiza taller con temática en articulación con la ESE para centro Alivio desde diferentes áreas dirigido a cuidadores y madres de familia del programa de discapacidad en el mes de mayo de 2026	listados y base, en soporte magnético
9. Realizar 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 realizan visitas domiciliarias para verificación de condiciones habitacionales y socioeconómicas en el mes de mayo de 2026	formatos de visita domiciliaria, en soporte magnético.

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	1170 del 16/01/2026 ✓	TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS
PERIODO CERTIFICADO	DESDE 01/05/2026 ✓	HASTA	31/05/2026 ✓

III. APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Periodo de pago	mayo
No. Planilla	1082226155
ITEM	ENTIDAD
SALUD	SANITAS
PENSIÓN	COLPENSIONES
ARL	SEGUROS DE VIDA AURORA

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

IV. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

INFORMACIÓN FINANCIERA		
VALOR INICIAL	\$	15.656.000,00 ✓
VALOR ADICIONES	\$	7.828.000,00 ✓
VALOR INICIAL MAS ADICIONES	\$	23.484.000,00 ✓
VALOR TOTAL EJECUTADO	\$	17.482.533,00 ✓
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN		74% ✓
SALDO POR EJECUTAR	\$	6.001.467,00 ✓

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

V. DECLARACIÓN ESPECIAL


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


La supervisión del contrato verificó el cumplimiento por parte del contratista con respecto a los aportes al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos labores, de conformidad con la normatividad vigente, así como cumplimiento de las actividades a cargo del contratista y toda la información registrada en el presente documento, también certifica que todos los documentos de la ejecución contractual expedidos a la fecha están publicados en el SECOP II.

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 período 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 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 ✓	CÉDULA DE CIUDADANIA:	
FECHA DE SUPERVISION:	DEL 1 DE MAYO AL 31 DE MAYO DE 2026 ✓	FECHA DE SUPERVISIÓN:	

	
NOMBRE CONTRATISTA:	DIANA MARCELA CUBILLOS LÓPEZ ✓
CARGO O PERFIL:	PROFESIONAL 1 ✓
CÉDULA DE CIUDADANÍA	CC 53890046 ✓
No. DE CONTACTO:	3214539882 ✓

REVISÓ CENTRAL DE CUENTAS	
---------------------------	--



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-05-21, 11:34:42 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1082226155 ✓
 Periodo Cotización 202605 Periodo Servicio 202605

Cliente:

PAGADA 2026-05-21 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA MARCELA CUBILLOS LOPEZ		
Documento	CC 53890046	Dirección	CR 11A #14 A - 56
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	7811515
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
		Total Afiliados	1

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 53890046	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59 00				CUBILLOS LOPEZ DIANA MARCELA	25754000 - 25		CUNDINAMARCA


III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades														Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud				Riesgos				Caja			Parafiscales																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CDR	SP	SE	LE	LMA	VAC	AVP				VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF			
																0	30	30	30	0			\$ 1.991.855	25-14		16%	\$ 1.991.855	\$ 416.700	\$ 0	\$ 0	EPS005		12,5%	\$ 1.991.855	\$ 249.000	\$ 0	14-8	3	2,436%	\$ 1.991.855	\$ 48.600	NIN-CC	0%	\$ 0	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	VIDA AURORA SA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 318.700	\$ 0	\$ 0	\$ 249.000	\$ 48.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 616.300



 Alcaldía Municipal de Soacha	GESTIÓN FINANCIERA	CÓDIGO	GF-FR-F006		
		VERSIÓN	3		
	TRAMITE DE PAGO - FORMATO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE			FECHA DE APROBACIÓN	
	DD	MM	AA		
19	9	2025			

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

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

1. Yo, DIANA MARCELA CUBILLOS LÓPEZ, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 53890046 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 del 1 al 31 de MAYO de 2026

ENTIDAD	No. CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	VALOR DEL CONTRATO	INGRESO MENSUAL
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA	1170-2026	17-ene.-26	16-may.-26	15.656.000	2.087.467
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA	1170-2026	17-may.-26	16-jul.-26	7.828.000	1.826.533

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	<input type="checkbox"/>	NO RESPONSABLE DE IVA	<input checked="" type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------	------------------------------	-------------------------------------

4. Relación de Dependientes (Artículo 2, Decreto 099/13).

NOMBRE DEL DEPENDIENTE	EDAD	PARENTESCO	VALOR MENSUAL
DANNA VANESSA RESTREPO CUBILLOS	20	HIJA	2.300.000
JUAN ESTEBAN RESTREPO CUBILLOS	13	HIJO	1.100.000

La presente Certificación se expide en MAYO DE 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. 53890046 DE SOACHA