ALCALDÍA MUNICIPAL de OICATÁ	ALCALDÍA MUNICIPAL DE OICATA			
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS			
	MACROPROCESO: APOYO			
	Subproceso CONTRATACIÓN			
	CÓDIGO: CO-F-RF-25	Formato: ACTA PARCIAL	VERSIÓN: 01	Páginas 1

ACTA PARCIAL No. 001

FECHA PRESENTE ACTA	septiembre 10, 2026
CONTRATO	C-MO-CD-028-2026 **FECHA** 05 DE AGOSTO DE 2026
OBJETO:	DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LA ALCADÍA DE OICATÁ, ACORDE A LA RESOLUCIÓN 0312 DE 2019
CONTRATISTA:	DIVY PAOLA POLANIA SANTANA
NIT/CC	1121937952
SUPERVISOR:	JORGE DUVAN CAICEDO MONTAÑEZ
VALOR INICIAL CONTRATADO	$ 5.140.000,00
VALOR ADICIONADO	$ -
VALOR TOTAL CON ADICION:	$ 5.140.000,00
FECHA ACTA DE INICIO	05 DE AGOSTO DE 2026
PLAZO INICIAL	DOS (02) MESES
PLAZO ADICIONADO	N/A
PLAZO TOTAL	DOS (02) MESES A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO
FECHA DE TERMINACIÓN REAL	05 DE OCTUBRE DE 2026

En la Secretaria de **GENERAL Y DE GOBIERNO** se reunieron **JORGE DUVAN CAICEDO MONTAÑEZ,** Secretario de Gobierno como SUPERVISOR y **DIVY PAOLA POLANIA SANTANA** como CONTRATISTA, con el fin de suscribir la presente acta Parcial del contrato de la referencia.

DESCRIPCION	VALOR
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 5.140.000,00
VALOR DE ADICION:	$ -
VALOR TOTAL CON ADICION:	$ 5.140.000,00
VALOR A COBRAR EN LA PRESENTE ACTA:	$ 2.570.000,00
VALOR TOTAL ACTAS PAGADAS:	
SALDO DESPUES DEL PRESENTE PAGO:	**$ 2.570.000,00**

JORGE DUVAN CAICEDO MONTAÑEZ

SUPERVISOR

DIVY PAOLA POLANIA SANTANA

CONTRATISTA

ALCALDÍA MUNICIPAL de OICATÁ	**ALCALDÍA MUNICIPAL DE OICATA**				
	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS				
	MACROPROCESO: APOYO				
	Subproceso CONTRATACIÓN				
	CÓDIGO: CO-F-RF-25		**Formato: INFORME ACTIVIDA**	**VERSIÓN: 00**	**Páginas 1**

INFORMACION BASICA DEL CONTRATISTA					
Fecha de la presenta acta:	**10/09/2026**				
Secretaria	**General y de Gobierno**	Pago No:	**1**	Total de Pagos:	**2**
Nombre/Razón Social:	**DIVY PAOLA POLANIA**	Identificación:	**1121937952**	Teléfono de contacto:	**3042458868**
Correo:	paosantana96@gmail.com	Banco:	Davivienda	Numero de cuenta:	550488449929675
INFORMACION DEL CONTRATO / CONVENIO					
Contrato No.:	**C-MO-CD-028-2026**	Periodo a pagar:	**AGOSTO**	Fecha de terminación:	**09/10/2026**
Fecha de Iniciación:	10/08/2026	No RP:	**2607020**	Numero de planilla:	**94236488**
Nombre del supervisor o interventor:	**JORGE DUVAN CAICEDO MONTAÑEZ**			Identificación:	**1.055.332.297**

El contratista debe crear en la plataforma de contratación estatal SECOP II su plan de pagos, con los documentos requeridos en un solo PDF denominado, "DOCUMENTOS PARA COBRO", factura de cobro, RUT (primer pago), Certificación bancaria (primer pago). Señor contratista: Tenga en cuenta que si cambia de banco o cuenta bancaria debe informar en la Secretaria de Hacienda y debe ser cargada la nueva certificación bancaria en el plan de pagos al momento de realizar el cobro.

ACTIVIDADES DE EJECUCIÓN	
OBJETO:	**DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA LA ALCADÍA DE OICATÁ, ACORDE A LA RESOLUCIÓN 0312 DE 2019**

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR	
OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES	**ACCIONES**
DISEÑO DE LA ASIGNACIÓN DEL RESPONSABLE SST	ASIGNACIÓN DEL RESPOSABLE DEL SG-SST
DISEÑO DE LAS RESPOSABILIDADES SST	ACTA DE RESPONSABILIDADES
DISEÑO DE ASIGANACIÓN DE LOS RECURSOS PARA EL SG-SST	ELABORACIÓN DEL PRESUPUESTO
DISEÑO DE LAS ACTAS DEL COPASST	CREACIÓN DE DOCUMENTACIÓN COPASST
DISEÑO DE LAS ACTAS DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	CREACIÓN DE DOCUMENTACIÓN COMITÉ DE COVIVENCIA
DISEÑO DEL PLAN ANUAL DE TRABAJO Y PLAN DE CAPACITACIÓN	PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES 2026
DISEÑO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN	PROTOCOLO DE INDUCCIÓN
DISEÑO DE LA POLITICA Y OBJETIVOS DEL SG-SST	POLITICA Y OBJETIVOS DEL SG-SST
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD	RESULTADO DE EVALUACIÓN

RECIBIDO A SATISFACCIÓN

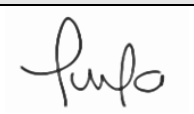
En calidad de supervisor del contrato / convenio anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas. Igualmente certifico que el Contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social (conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, decreto 723 de 2013 y demás normas que regulen la materia), y cumplió con los aportes a salud y pensión y/o parafiscalidad aplicable.

OBSERVACIONES

FIRMAS



JORGE DUVAN CAICEDO MONTAÑEZ
SUPERVISOR E INTERVENTOR



DIVY PAOLA POLANIA
CONTRATISTA / PROVEEDOR

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1121937952	DIVY PAOLA POLANIA SANTANA	calle 18 # 130-65	3222671101	d_oriente@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		VALLE DEL CAUCA	CALI		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94236517	08/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1121937952	DIVY PAOLA POLANIA SANTANA		calle 18 # 130-65	3222671101	d_oriente@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94236517	08/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excepción	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1121937952	POLANIA SANTANA DIVY PAOLA	57	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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