

INFORME DE CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

Número del Contrato:	CO1.PCCNTR.6745415		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, EN EL PROGRAMA DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO EN EL MUNICIPIO DE CHIA		
Contratista:	Lady Carolina Barrera Reyes		
No. de Cedula	1072661291		
Fecha Inicio del Contrato	11 DE SEPTIEMBRE DE 2024	Fecha de Terminación	20 DE DICIEMBRE 2024
Periodo del Informe	11-12-2024 AL 20-12-2024		

DOCUMENTO SOPORTE DE PAGO	
Valor total del Contrato	\$19.080.000
Valor a Pagar en este periodo	\$1.776.667
Saldo a favor del municipio	\$1.403.333
Pago No.	Cuatro (4)

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VIGENTES		
A la fecha de presentación del presente informe y documento soporte de pago, BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, manifiesto que tengo vigentes los siguientes contratos adicionales de prestación de servicios, y que realicé el pago de aportes al SSI sobre el 40% del total de los ingresos mensuales así:		
ENTIDAD CONTRATANTE	VALOR MENSUAL DE LOS INGRESOS	FECHA INICIO / FECHA TERMINACIÓN CONTRATO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX

RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.			
Tipo de aporte	Planilla N°	Mes al que corresponde el aporte	Valor Pagado
Salud	9477063007	NOVIEMBRE	\$ 265.000
Pensión			\$ 339.200
ARL			\$ 11.100
Salud	9478653412	DICIEMBRE	\$ 162.500
Pensión			\$ 208.000
ARL			\$ 6.800

En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato No. CO1.PCCNTR.6745415 me permito relacionar las actividades ejecutadas durante el

periodo CUATRO (4) ENTRE 11-12-2024 AL 20-12-2024, en mi condición de contratista conforme a lo siguiente:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS
1. Concertar con el supervisor del contrato, el cronograma de actividades, donde se priorizarán las entidades y/o instituciones a intervenir, estableciendo de manera conjunta la programación mensual.	Se llevaron a cabo varias reuniones con mi supervisor, el Dr. Willis Reyes Valdez, con el objetivo de desarrollar estrategias efectivas para cumplir con las actividades asignadas al Comité Cieti, que se centra en la atención a los trabajadores informales. Estas sesiones fueron fundamentales para identificar las necesidades específicas del comité y establecer un plan de acción claro. Durante las reuniones, se analizaron diversas propuestas que emergieron de un análisis conjunto de las actividades requeridas. Se priorizó la creación de iniciativas que no solo respondieran a los objetivos del Comité, sino que también fueran viables, se generaron ideas innovadoras y se establecieron las bases para su implementación. Realice cuadro en Excel con cronograma de actividades para la ejecución durante el mes.
2. Coordinar con el sector educativo del Municipio de Chía y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), el fortalecimiento de la cultura de autocuidado y la prevención de los riesgos, de explotación y erradicación del trabajo infantil del municipio de chía, mediante reuniones presenciales y/o virtuales a estudiantes, profesores, padres de familia y/o quien lo requiera de instituciones públicas o privadas. Presentar acta de reunión.	Se obtuvo capacitación por parte de gobernación de Cundinamarca, buscando visualizar plan de acción he intervenciones para siguiente semestre.
3. Apoyar a la secretaria de Salud, realizando seguimiento a los accidentes graves de trabajo en las empresas caracterizadas en el Municipio de Chía, según la notificación inmediata que realice la IPS (Institución Prestadora de Salud), presentando informe mensual, de acuerdo con las actividades realizadas.	No se obtuvieron reporte de casos graves de accidente.

4. Apoyar a la secretaria de Salud en las funciones de la secretaria técnica del comité de erradicación del trabajo infantil CETI del Municipio de Chía, incluyendo: citaciones, reuniones programadas por la Secretaría de Salud Municipal y/o Departamental, realización de actas y demás actividades inherentes al comité.	Se realizó informe final de todas las actividades realizadas desde comité para la erradicación trabajo infantil. Anexo informe
5. Apoyar a la secretaria de Salud, en la vigilancia del cumplimiento por parte de las IPS (instituciones Prestadoras de Salud) notificadoras de los eventos en salud laboral, utilizando para ello los formatos y bases de datos suministrados por la secretaria de Salud Departamental. Presentar soportes de visitas de vigilancia con su respectivo seguimiento.	Se realizó asistencia técnica clínica Chía y Hospital san Antonio explicando diligenciamiento de formatos. Anexo Evidencia fotográfica.
6. Apoyar en la coordinación de la jornada de Conmemoración del día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo y Conmemoración del día mundial contra el trabajo infantil.	Esta actividad se llevó a cabo 28 de abril 2024.
7. Hacer entrega de información recolectada a través de la plataforma Survey 123, a la dirección u oficina de aseguramiento del municipio y entidades sociales de acuerdo a las necesidades del trabajador, con los datos de trabajadores informales sin afiliación al sistema general de seguridad social, para promover la gestión de dicho trámite. Notificar a través de oficio de radicación ante oficina encargada a nivel municipal.	Realice entrega de base de datos plataforma Survey 123 enviada por el departamento al equipo de aseguramiento a través de oficio remitido. Oficio enviado dirigido aseguramiento y envió base de datos suministrada
8. Participar en los COVE (Comité de Vigilancia Epidemiológica) Municipal, virtual o presencial, con el fin de socializar a las Instituciones Prestadoras de Salud el comportamiento de salud laboral del Municipio de Chía. Presentar certificación de asistencia por	(Comité de Vigilancia Epidemiológica) Estuve presente en la Reunión 6 Diciembre 8:00 Am A 12:00 PM Participe brindando información diligenciamiento formato SIVISALA y haciendo énfasis en el diligenciamiento del mismo debido a que no se han realizado los envíos correctos ni de manera oportuna.

funcionario de secretaria de Salud municipal encargado del COVE.	Explicué detalladamente los procedimientos relacionados con los formatos de notificación inmediata y las notificaciones mensuales con referente a los trabajadores informales Durante mi intervención, abordé la importancia de cumplir con estos requisitos para asegurar una correcta gestión de la información sobre los trabajadores informales ante ministerio de trabajo. Anexo evidencia fotográfica y presentación.
9. Realizar la tipificación de trabajadores informales y/o unidades de trabajo informal en la plataforma SURVERY 123: de manera mensual.	Se pidió base del año 2024 a Gobernación de Cundinamarca.
10. Apoyar la coordinación y conformación de la red de seguridad y salud en el trabajo del Municipio y/o Comité de Salud Ocupacional, Presentando actas de reunión	
11. Apoyar en la actualización del diagnóstico de condiciones de seguridad en el trabajo de los trabajadores informales del Municipio de Chía.	Se obtuvo capacitación referente Gobernación de Cundinamarca buscando presentar estrategias implementadas año 2024. Reunión Docente U Sabana objetivo crear estrategias para año 2025
12. Presentar informe final consolidado con las actividades realizadas durante la ejecución del contrato.	Presento Informe con actividades realizadas de la fecha : 11 Noviembre al 10 de Diciembre año 2024.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE															
Identificación		dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1072661291			BARRERA REYES LADY CAROLINA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		cr 14 b # 7 - 52 Ibaro II		CHIA-CUNDINAMARCA		3132879469	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION															
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago							
Pensión	Salud	Pago		Planilla		Planilla	Limite	Pago	Banco		Dias Mora		Valor		
2024-11	2024-11	77063007		9477063007		I	2024/12/20	2024/12/06	BANCO AV VILLAS		0		\$657,700		
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES															
EMPLEADO				PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS		
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte
Barreras: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$2,120,000	\$339,200			\$2,120,000	\$265,000			\$2,120,000	\$42,400
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$2,120,000	\$339,200			\$2,120,000	\$265,000			\$2,120,000	\$42,400
Ciudad: CHIA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						\$2,120,000	\$339,200			\$2,120,000	\$265,000			\$2,120,000	\$42,400
1	CC 1072661291	BARRERA LADY		231001	30	\$2,120,000	\$339,200	EPS005	30	\$2,120,000	\$265,000	CCF24	30	\$2,120,000	\$42,400
Total Afiliados(1)						\$2,120,000	\$339,200			\$2,120,000	\$265,000			\$2,120,000	\$42,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1072661291		BARRERA REYES LADY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 14 b # 7 - 52 Ibaro II	CHIA-CUNDINAMARCA	3132879469		No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	77063007	9477063007	I	2024/12/20	2024/12/06	BANCO AV VILLAS	0	\$657,700
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$339,200	\$0	\$0	\$339,200	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$339,200	\$0	\$0	\$339,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$11,100	\$0	\$0	\$11,100	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$11,100	\$0	\$0	\$11,100	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,400	\$0	\$0	\$42,400	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$42,400	\$0	\$0	\$42,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$265,000	\$0	\$0	\$265,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$265,000	\$0	\$0	\$265,000	
TOTAL				1	\$657,700	\$0	\$0	\$657,700	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE												
Identificación	dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1072661291		BARRERA REYES LADY CAROLINA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		cr 14 b # 7 - 52 Ibaro II		CHIA-CUNDINAMARCA	3132879469	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION												
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago				
Pensión	Salud	Pago		Planilla		Limite	Pago	Banco		Dias Mora	Valor	
2024-12	2024-12	27630260	9478653412	I		2025/01/23	2024/12/09	BANCO DE OCCIDENTE		0	\$403,300	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$6,800	\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$6,800	\$0	\$0	
Ciudad: CHIA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$6,800	\$0	\$0	
1	CC	1072661291 BARRERA LADY	231001	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS005	30	\$1,300,000	\$162,500	CCF24	30	\$1,300,000	\$26,000	14-11	30	\$1,300,000	\$6,800	30	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)						\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$6,800	\$0	\$0	



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE												
Identificación	dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1072661291		BARRERA REYES LADY CAROLINA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		cr 14 b # 7 - 52 Ibaro II		CHIA-CUNDINAMARCA	3132879469	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION												
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago				
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco		Dias Mora	Valor		
2024-12	2024-12	27630260	9478653412	I	2025/01/23	2024/12/09	BANCO DE OCCIDENTE		0	\$403,300		
RESUMEN DE PAGO												
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA		SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$208,000	\$0		\$0		\$208,000	
COLFONDOS		231001	800,227,940	6	1	\$208,000	\$0		\$0		\$208,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$6,800	\$0		\$0		\$6,800	
ARL SURA		14-11	890,903,790	5	1	\$6,800	\$0		\$0		\$6,800	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$26,000	\$0		\$0		\$26,000	
COMPENSAR		CCF24	860,066,942	7	1	\$26,000	\$0		\$0		\$26,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$162,500	\$0		\$0		\$162,500	
SANITAS		EPS005	800,251,440	6	1	\$162,500	\$0		\$0		\$162,500	
TOTAL					1	\$403,300	\$0		\$0		\$403,300	

Se certifica que LADY CAROLINA BARRERA REYES identificado(a) con CC 1072661291 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: BARRERA REYES LADY CAROLINA CC 1072661291																			
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades									
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln
9478653412	27630260	I	2024-12-09	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30							X			
9478653412	27630260	I	2024-12-09	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30							X			
9478653412	27630260	I	2024-12-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30							X			
9478653412	27630260	I	2024-12-09	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-12	30							X			
9477063007	77063007	I	2024-12-06	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30										
9477063007	77063007	I	2024-12-06	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30										
9477063007	77063007	I	2024-12-06	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30										
9477063007	77063007	I	2024-12-06	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30										
9476822895	1000001749	I	2024-11-05	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-10	30										
9476822895	1000001749	I	2024-11-05	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-10	30										
9476822895	1000001749	I	2024-11-05	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-10	30										
9476822895	1000001749	I	2024-11-05	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-10	30										
9474939206	07258399	I	2024-10-08	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-09	30							X			
9474939206	07258399	I	2024-10-08	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-09	30							X			
9474939206	07258399	I	2024-10-08	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-09	30							X			
9474939206	07258399	I	2024-10-08	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-09	30							X			
9472416335	09082432	I	2024-09-13	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-08	30										
9472416335	09082432	I	2024-09-13	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-08	30										
9472416335	09082432	I	2024-09-13	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-08	30										
9472416335	09082432	I	2024-09-13	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-08	30										

APORTANTE: BARRERA REYES LADY CAROLINA CC 1072661291

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9469475039	23432469	I	2024-08-09	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-07	30																	
9469475039	23432469	I	2024-08-09	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-07	30																	
9469475039	23432469	I	2024-08-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-07	30																	
9469475039	23432469	I	2024-08-09	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-07	30																	
9468505744	68505744	I	2024-06-13	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30							X										
9468505744	68505744	I	2024-06-13	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30							X										
9468505744	68505744	I	2024-06-13	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30							X										
9468505744	68505744	I	2024-06-13	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30							X										

Este certificado se expide el día 2024-12-10 a las 10:12.

**CERTIFICACION PARA CALCULO DE RETENCION EN LA FUENTE PARA RENTAS
QUE NO PROVENGAN DE UNA RELACION LABORAL O LEGAL Y
REGLAMENTARIA**

Yo, Carolina Barco R. identificado con cédula de ciudadanía No. 1072661291, En cumplimiento del decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, por el cual se reglamenta parcialmente los artículos 206, 331, 336 y 383 del Estatuto Tributario, modificados por los artículos 2, 6, 7 y 8 de la ley 2277 de 2022, se sustituyen, modifican y adicionan unos artículos a la parte 2 del libro del Decreto 1625 de 2016, único reglamentario en materia tributaria, relacionados con la determinación del impuesto sobre la renta a cargo de las personas naturales residentes y la retención en la fuente por concepto de rentas de trabajo. Manifiesto por escrito y bajo la gravedad del juramento que:

Para el cálculo de la retención en la fuente:

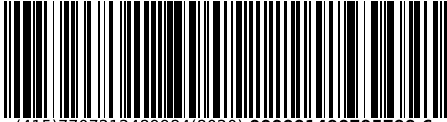
☒ No usaré costos en mi declaración de rentas, para que se aplique la tarifa de acuerdo con lo previsto en el artículo 383 del estatuto tributario.

☐ Aplicar la tarifa de retención en la fuente prevista en los artículos 392 y 401 del Estatuto tributario y decretos reglamentarios.

La presente certificación se firma a los 10 del mes de Diciembre de la vigencia 2024.

FIRMA: 

Carrera 11 N° 11-29
PBX: 884 4444 Ext. 2010
secretariadehacienda@chia.gov.co
www.chia-cundinamarca.gov.co

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 2 de 2 Hoja 2			
				4. Número de formulario 14907957996			
				 (415)7707212489984(8020) 000001490795799 6			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
1 0 7 2 6 6 1 2 9 1		5		Impuestos de Bogotá		3 2	
Características y formas de las organizaciones							
62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados			
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros			
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio			
Constitución, Registro y Última Reforma				Composición del Capital			
Documento		1. Constitución		2. Reforma			
71. Clase		0 9				82. Nacional %	
72. Número						83. Nacional público %	
73. Fecha						84. Nacional privado %	
74. Número de notaría							
75. Entidad de registro		0 3				85. Extranjero %	
76. Fecha de registro		2 0 1 9 0 8 1 4				86. Extranjero público %	
77. No. Matrícula mercantil		0 3 1 5 2 4 3 9				87. Extranjero privado %	
78. Departamento		1 1					
79. Ciudad/Municipio		4					
Vigencia							
80. Desde							
81. Hasta							
Entidad de vigilancia y control							
88. Entidad de vigilancia y control							
Estado y Beneficio							
Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV			
1				-			
2				-			
3				-			
4				-			
5				-			
Vinculación económica							
93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial			95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante		96. DV.	
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante							
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior		171. País		172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP			
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP							

Certificación Bancaria



Miércoles, 8 de mayo de 2024

Señores:

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **LADY CAROLINA BARRERA REYES** identificado(a) con CC. **1072661291** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de ahorro	337-178241-51	2021/01/27	Activa

*Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57- 4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57- 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57- 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57- 2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Especie: Papel, Banco.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Santiago Valencia Calderón
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	GESTIÓN EN CONTRATACIÓN		
	INFORME DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO	GEC-FT-62-V3
		PÁGINA	1 de 6

FECHA DEL
INFORME DD 20 - MM -12 AAAA 2024

ASPECTOS GENERALES	
TIPO DE INFORME AVANCE ☒ FINAL ☐	PERIODO DEL INFORME DESDE 11-12-20224 HAS TA 20-12-2024
TIPO DE RECURSOS	
FUNCIONAMIENTO ☐	INVERSIÓN ☒
	EJ E VIDA PLENA SEC TOR Salud y Protección Social PROG RAMA Salud Pública 31. brindar asistencia técnica y apoyo integral las IPS, registradas para el municipio de chía. Encargadas de atender ME diagnósticos de enfermedades transmisible, enfermedades TA huérfanas, crónicas, y no trasmisibles NOMBRE DEL PROYECTO Transformación saludable de Chía CÓDIGO BPPIN 2024251750007

DATOS GENERALES DEL CONTRATO					
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIO			CONTRA TO No.	CO1.PCCNTR.6745415
CONTRA TISTA	LADY CAROLINA BARRERA REYES				
PLAZO DE EJECUCIÓN	108 DIAS				
FECHA DE CONTRATO	09/09/2024	FECHA DE INICIO	11/09/2024	FECHA TERMINACIÓ N	20/12/2024
PRORROGA FECHA	XXXXXX	TIE MPO	XXXXX	FECHA TERMINACIÓ N	XXXXX
SUSPENSIÓN FECHA	XXXXX	TIE MPO	XXXX	FECHA TERMINACIÓ N	XXXXX
VALOR INICIAL EN NÚMEROS	19.080.000	EN LETRA S	DIECINUEVE MILLONES OCHENTA MIL. PESOS M/C		
ADICIÓN FECHA	XXXXXXXX	VAL OR	XXXXX	VALOR FINAL	XXXXX

SE DEBEN ADICIONAR TANTAS FILAS COMO SEA NECESARIO DE ACUERDO CON EL ESTADO DEL CONTRATO AL MOMENTO DE REALIZAR EL CORTE

INFORME DE SUPERVISIÓN			
FECHA DE PRESENTACIÓN	09/12/2024	SOPO RTES	SE INDICA SI HAY PLANILLAS, ACTAS DE SEGUIMIENTO, PANTALLAZOS DE CORREOS ELECTRONICOS, CON REGISTRO FOTOGRAFICO, Y FIRMAS DE ASISTENCIA REGISTRO FOTOGRÁFICO, CD, BASES DE DATOS, ETC
EL SUSCRITO EN CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL SOBRE EL CONTRATO, PRESENTA EL SIGUIENTE INFORME, RESPECTO DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS POR EL CONTRATISTA:			

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	GESTIÓN EN CONTRATACIÓN					
	INFORME DE SUPERVISIÓN				CÓDIGO	GEC-FT-62-V3
					PÁGINA	5 de 6

TAL					ACTA	
2024002475	09/09/2024	2410219052024 2517500070502.3.2.02.02.009	1301	19.080.000	1.766.666	9.2

INFORMACIÓN PAGO APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.				
PERSONA NATURAL	PLANILLA No.	MES AL QUE CORRESPONDE EL APOORTE	TIPO DE APOORTE	VALOR PAGADO
	94786412	Diciembre	SALUD	162.500
			PENSIÓN	208.000
			ARL	6.800
VERIFICADO EL MONTO DE CADA UNO DE LOS APORTES EN LA PLANILLA, SE CONSTATÓ QUE SE AJUSTA A LA BASE DE LIQUIDACIÓN CORRESPONDIENTE AL VALOR DEL CONTRATO.				

PERSONA JURÍDICA	FECHA CERTIFICACIÓN	EXPEDIDA POR	PARAFISCALES	VERIFICADO			
	XXXXXXXXXXXXXX	☒ REPRESENTANTE LEGAL	ICBF	SI		NO	
		☒ REVISOR FISCAL	CAJA COMPENSACIÓN	SI		NO	
			SENA	SI		NO	
SE VERIFICÓ PARA EL PERIODO DE TIEMPO AL QUE CORRESPONDE EL PRESENTE INFORME LA CORRECTA RELACIÓN ENTRE EL MONTO CANCELADO Y LAS SUMAS QUE DEBIERON HABER SIDO COTIZADAS, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 789 DE 2002, ART. 50.							

ACCIONES DE TRATAMIENTO Y MONITOREO DE RIESGOS DEL CONTRATO		
SE HA REALIZADO EL MONITOREO POR PARTE DE LA SUPERVISIÓN, DE ACUERDO CON EL TRATAMIENTO Y/O CONTROL DE LOS RIESGOS ESTABLECIDO EN LA MATRIZ DE RIESGOS ESTABLECIDOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL, PARA EL EFECTO SE PRESENTA UN EL SIGUIENTE INFORME SOBRE EL ESTADO DE CADA UNO DE ELLOS:		
DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ESTADO	ACCIONES
XXX	XXXXXXXXXXXXX XXXXXX	XXX
XXX	XXXXXXXXXXXXX XXXXXX	XXX
XXX X	XXXXXXXXXXXXX X	XXX
XXX	XXXXXXXXXXXXX XXXXX	XXX

ESTADO DE LAS GARANTÍAS (SI SE SOLICITARON EN EL CONTRATO)						
DESCRIPCIÓN DE LOS AMPAROS	ESTADO			ACCIONES		
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	N.A.
XXX	XXXXXX X	XXXXXX XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXX	XXXXX	XXXXXXXX X
XXX	XXXXXX XXX	XXXXXX XXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXX	XXXXXXXXX	XXXXXXXXX
XXX	XXXXXX XXXX	XXXXXX XXXX	XXXXXXXXXX XX	XXXXXXXXX XXX	XXXXXXXXX XX	XXXXXXXXX XXX

El presente informe se entenderá presentada con la firma electrónica impuestas a través del SECOP II, por parte del supervisor del contrato.

NOTA IMPORTANTE: LOS VALORES REFERENCIADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO DEBEN SER GIRADOS DE LA CUENTA **MAESTRA DE SALUD PÚBLICA - CUENTA DE AHORROS – BANCOLOMBIA # 33737531665**

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	GESTIÓN EN CONTRATACIÓN		
	INFORME DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO	GEC-FT-62-V3
		PÁGINA	1 de 5

FECHA DEL
INFORME DD 20 - MM -12 AAAA 2024

ASPECTOS GENERALES	
TIPO DE INFORME AVANCE ☒ FINAL ☐	PERIODO DEL INFORME DESDE 11-12-20224 HAS TA 20-12-2024
TIPO DE RECURSOS	
FUNCIONAMIENTO ☐	INVERSIÓN ☒
	EJ E VIDA PLENA
	SEC TOR Salud y Protección Social
	PROG RAMA Salud Pública
	31. brindar asistencia técnica y apoyo integral las IPS, registradas para el municipio de chía. Encargadas de atender
	ME TA diagnósticos de enfermedades transmisible, enfermedades huérfanas, crónicas, y no trasmisibles
	NOMBRE DEL PROYECTO Transformación saludable de Chía
	CÓDIGO BPPIN 2024251750007

DATOS GENERALES DEL CONTRATO					
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIO			CONTRA TO No.	CO1.PCCNTR.6745415
CONTRA TISTA	LADY CAROLINA BARRERA REYES				
PLAZO DE EJECUCIÓN	108 DIAS				
FECHA DE CONTRATO	09/09/2024	FECHA DE INICIO	11/09/2024	FECHA TERMINACIÓ N	20/12/2024
PRORROGA FECHA	XXXXXX	TIE MPO	XXXXX	FECHA TERMINACIÓ N	XXXXX
SUSPENSIÓN FECHA	XXXXX	TIE MPO	XXXX	FECHA TERMINACIÓ N	XXXXX
VALOR INICIAL EN NÚMEROS	19.080.000	EN LETRA S	DIECINUEVE MILLONES OCHENTA MIL. PESOS M/C		
ADICIÓN FECHA	XXXXXXXX	VAL OR	XXXXX	VALOR FINAL	XXXXX

SE DEBEN ADICIONAR TANTAS FILAS COMO SEA NECESARIO DE ACUERDO CON EL ESTADO DEL CONTRATO AL MOMENTO DE REALIZAR EL CORTE

INFORME DE SUPERVISIÓN			
FECHA DE PRESENTACIÓN	09/12/2024	SOPO RTES	SE INDICA SI HAY PLANILLAS, ACTAS DE SEGUIMIENTO, PANTALLAZOS DE CORREOS ELECTRONICOS, CON REGISTRO FOTOGRAFICO, Y FIRMAS DE ASISTENCIA REGISTRO FOTOGRÁFICO, CD, BASES DE DATOS, ETC
EL SUSCRITO EN CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO, EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL SOBRE EL CONTRATO, PRESENTA EL SIGUIENTE INFORME, RESPECTO DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS POR EL CONTRATISTA:			

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA	% PROGRAMADO (SI APLICA – N/A)	% ALCANZADO (SI APLICA – N/A)	OBSERVACIONES INDICAR CÓMO SE CUMPLE CADA OBLIGACIÓN, DÓNDE ESTÁ Y CUÁL ES EL SOPORTE, CUÁL ES EL PRODUCTO ENTREGADO
1. Concertar con el supervisor del contrato, el cronograma de actividades, donde se priorizarán las entidades y/o instituciones a intervenir, estableciendo de manera conjunta la programación mensual.	100%	100%	Se llevaron a cabo varias reuniones con mi supervisor, el Dr. Willis Reyes Valdez, con el objetivo de desarrollar estrategias efectivas para cumplir con las actividades asignadas al Comité Cieti, que se centra en la atención a los trabajadores informales. Estas sesiones fueron fundamentales para identificar las necesidades específicas del comité y establecer un plan de acción claro. Durante las reuniones, se analizaron diversas propuestas que emergieron de un análisis conjunto de las actividades requeridas. Se priorizó la creación de iniciativas que no solo respondieran a los objetivos del Comité, sino que también fueran viables, se generaron ideas innovadoras y se establecieron las bases para su implementación. Se realizó socialización de las actividades realizadas durante el contrato dando cumplimiento a la meta establecida.
2. Coordinar con el sector educativo del Municipio de Chía y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), el fortalecimiento de la cultura de autocuidado y la prevención de los riesgos, de explotación y erradicación del trabajo infantil del municipio de Chía, mediante reuniones presenciales y/o virtuales a estudiantes, profesores, padres de familia y/o quien lo requiera de instituciones públicas o privadas. Presentar acta de reunión.	100	100%	Fortalecimiento de la cultura de autocuidado y la prevención de los riesgos de explotación y erradicación del trabajo infantil, a través de reuniones brindadas desde Gobernación de Cundinamarca buscando crear bases para la focalización y el Diagnostico menores trabajadores.
3. Apoyar a la secretaria de Salud, realizando seguimiento a los accidentes graves de trabajo en las empresas caracterizadas en el Municipio de Chía, según la notificación inmediata que realice la IPS (Institución Prestadora de Salud), presentando informe mensual, de acuerdo con las actividades realizadas.	100%	100%	Durante el mes de Diciembre, no se han reportado notificaciones inmediatas. más segura y proteger su bienestar.
4. Apoyar a la secretaria de Salud en las funciones de la secretaria técnica del comité de erradicación del trabajo infantil CETI del Municipio de Chía, incluyendo: citaciones, reuniones programadas por la Secretaría de Salud Municipal y/o Departamental, realización de actas y demás actividades inherentes al comité.	100%	100%	Se realizó Final Actividades erradicación trabajo infantil.

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	GESTIÓN EN CONTRATACIÓN		
	INFORME DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO	GEC-FT-62-V3
		PÁGINA	3 de 5

INFORME DE SUPERVISIÓN			
5. Apoyar a la secretaria de Salud, en la vigilancia del cumplimiento por parte de las IPS (instituciones Prestadoras de Salud) notificadoras de los eventos en salud laboral, utilizando para ello los formatos y bases de datos suministrados por la secretaria de Salud Departamental. Presentar soportes de visitas de vigilancia con su respectivo seguimiento.	100%	100%	Se realizo asistencia técnica Clínica Chía y Hospital San Antonio Diligenciamiento de formatos y reportes de accidentabilidad. Anexo Evidencia fotográfica.
6. Apoyar en la coordinación de la jornada de Conmemoración del día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo y Conmemoración del día mundial contra el trabajo infantil.	100%	100%	Esta actividad se llevó a cabo 28 de abril 2024.
7. Hacer entrega de información recolectada a través de la plataforma Survey 123, a la dirección u oficina de aseguramiento del municipio y entidades sociales de acuerdo a las necesidades del trabajador, con los datos de trabajadores informales sin afiliación al sistema general de seguridad social, para promover la gestión de dicho trámite. Notificar a través de oficio de radicación ante oficina encargada a nivel municipal.	100%	100%	Realice entrega de base de datos plataforma Survey 123 enviada por el departamento al equipo de aseguramiento a través de oficio remisorio.
8. Participar en los COVE (Comité de Vigilancia Epidemiológica) Municipal, virtual o presencial, con el fin de socializar a las Instituciones Prestadoras de Salud el comportamiento de salud laboral del Municipio de Chía. Presentar certificación de asistencia por funcionario de secretaria de Salud municipal encargado del COVE.	100%	100%	(Comité de Vigilancia Epidemiológica) Estuve presente en la Reunión 4 octubre 9:00 Am A 12:40 PM Participe brindando información diligenciamiento formato Sivisala y haciendo énfasis en el diligenciamiento del mismo debido a que no se han realizado los envíos correctos ni de manera oportuna. Explicué detalladamente los procedimientos relacionados con los formatos de notificación inmediata y las notificaciones mensuales con referente a los trabajadores informales Durante mi intervención, abordé la importancia de cumplir con estos requisitos para asegurar una correcta gestión de la información sobre los trabajadores informales ante ministerio de trabajo. Anexo evidencia fotográfica y presentación.
9. Realizar la tipificación de trabajadores informales y/o unidades de trabajo informal en la plataforma SURVERY 123: de manera mensual.	100%	100%	Se Obtuvo base de datos trabajadores informales caracterizados en el año 2024 en total 125 trabajadores informales.

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	GESTIÓN EN CONTRATACIÓN					
	INFORME DE SUPERVISIÓN				CÓDIGO	GEC-FT-62-V3
					PÁGINA	5 de 5
2024002475	09/09/2024	2410219052024 2517500070502.3.2.02.02.009	1301	19.080.000	1.766.666	9.2

INFORMACIÓN PAGO APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.				
PERSONA NATURAL	PLANILLA No.	MES AL QUE CORRESPONDE EL APOORTE	TIPO DE APOORTE	VALOR PAGADO
	94786412	Diciembre	SALUD	162.500
			PENSIÓN	208.000
			ARL	6.800
VERIFICADO EL MONTO DE CADA UNO DE LOS APORTES EN LA PLANILLA, SE CONSTATÓ QUE SE AJUSTA A LA BASE DE LIQUIDACIÓN CORRESPONDIENTE AL VALOR DEL CONTRATO.				

PERSONA JURÍDICA	FECHA CERTIFICACIÓN	EXPEDIDA POR	PARAFISCALES	VERIFICADO				
	XXXXXXXXXXXXXX	☐ REPRESENTANTE LEGAL	ICBF	SI		NO		
		☐ REVISOR FISCAL	CAJA COMPENSACIÓN	SI		NO		
			SENA	SI		NO		
SE VERIFICÓ PARA EL PERIODO DE TIEMPO AL QUE CORRESPONDE EL PRESENTE INFORME LA CORRECTA RELACIÓN ENTRE EL MONTO CANCELADO Y LAS SUMAS QUE DEBIERON HABER SIDO COTIZADAS, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 789 DE 2002, ART. 50.								

ACCIONES DE TRATAMIENTO Y MONITOREO DE RIESGOS DEL CONTRATO		
SE HA REALIZADO EL MONITOREO POR PARTE DE LA SUPERVISIÓN, DE ACUERDO CON EL TRATAMIENTO Y/O CONTROL DE LOS RIESGOS ESTABLECIDO EN LA MATRIZ DE RIESGOS ESTABLECIDOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL, PARA EL EFECTO SE PRESENTA UN EL SIGUIENTE INFORME SOBRE EL ESTADO DE CADA UNO DE ELLOS:		
DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ESTADO	ACCIONES
XX	XXXXXXXXXXXXX XXXXXX	XX
XX	XXXXXXXXXXXXX XXXXXX	XX
XX X	XXXXXXXXXXXXX X	XX
XX	XXXXXXXXXXXXX XXXXX	XX

ESTADO DE LAS GARANTÍAS (SI SE SOLICITARON EN EL CONTRATO)						
DESCRIPCIÓN DE LOS AMPAROS	ESTADO			ACCIONES		
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	N.A.
XX X	XXXXXX X	XXXXXX XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXX	XXXXX	XXXXXXXX X
XX	XXXXXX XXX	XXXXXX XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX
XX	XXXXXX XXXX	XXXXXX XXXX	XXXXXXXXXX XX	XXXXXXXX XXX	XXXXXXXX XX	XXXXXXXX XXX

El presente informe se entenderá presentada con la firma electrónica impuestas a través del SECOP II, por parte del supervisor del contrato.

NOTA IMPORTANTE: LOS VALORES REFERENCIADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO DEBEN SER GIRADOS DE LA CUENTA **MAESTRA DE SALUD PÚBLICA - CUENTA DE AHORROS – BANCOLOMBIA # 33737531665**

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	GESTIÓN EN CONTRATACIÓN		
	RE-EVALUACIÓN DE PROVEEDORES	CÓDIGO	GEC-FT-51-V4
		PÁGINA	1 de 1

DATOS GENERALES DEL CONTRATO					
CONTRATO No.	CO1.PCCNTR.67454 15	CONTRATISTA	LADY CAROLINA BARRERA REYES		
FECHA DE CONTRATO	09/09/2024	NIT / CC	1072661291	TELÉFONO	3132879469
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN EL PROGRAMA DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO EN EL MUNICIPIO DE CHÍA				
FECHA DE EVALUACIÓN	20/12/2024	PERIODO EVALUADO DEL	11/12/2024	AL	20/12/2024

EVALUACIÓN					
CRITERIOS BÁSICOS		DESCRIPCIÓN DE LO CRITERIOS DE EVALUACIÓN	RANGO		PUNTAJE
			MÍNIMO	MÁXIMO	VALOR
CUMPLIMIENTO	TIEMPO	Entregó dentro del plazo inicialmente establecido.	9	15	15
		Fue necesario modificar el cronograma, plazo (Prórroga).	1	8	
		No cumplió dentro del plazo (inicial y prórroga)	0		
	SERVICIO	Entrego la totalidad pactada en el periodo	9	15	15
		Entrego parcialmente lo pactado para el periodo	1	8	
		No realizo entregas dentro del periodo pactado	0		
CALIDAD	CONFORMIDAD	Cumple con las especificaciones pre establecidas	7	12	12
		Rechazo parcial. No cumple con algunas especificaciones	1	6	
		Rechazo total. No cumple con las especificaciones	0		
	FUNCIONALIDAD	No se ha presentado servicio o producto defectuoso	7	12	12
		Parte del servicio o producto contiene defectos.	1	6	
		Todo el servicio o bienes, se encuentra defectuoso.	0		
OPORTUNIDAD	REQUERIMIENTO	No se han presentado requerimientos	14	22	22
		Los requerimientos fueron atendidos oportunamente	5	13	
		Fue necesario volver a requerir para lograr solución	1	4	
		No se atendieron los requerimientos presentados.	0		
GESTIÓN	EFECTIVIDAD	Los documentos se entregaron completos dentro de las ocho horas hábiles siguientes al cierre del periodo	11	20	20
		Los documentos se entregaron completos después del primer (1) día hábil siguiente al cierre del periodo.	1	10	
		Se juntaron dos o más cortes periódicos por la falta de documentos completos del contratista	0		
	LEGALES	No se solicitaron trámites jurídicos, sobre sanciones	1	4	4
		Se tramito solicitud sobre sanciones al contratista.	0		
	PUNTAJE MÁXIMO 100			TOTAL PUNTAJE	
☒ EXCELENTE (81 - 100) ☐ BUENO (61 - 80) ☐ REGULAR (41 - 60) ☐ DEFICIENTE (21 - 40) ☐ MALO (0 - 20)					
OBSERVACIONES _____ _____ _____					

Teniendo en cuenta que el pago se tramita a través del módulo de cuentas de cobro de SECOP II, la presente reevaluación se entiende presentada por el supervisor del contrato con su cargue en la plataforma transaccional, así mismo se surte la notificación al contratista de la misma una vez se imparte aprobación a los documentos cargados por este, activando el respectivo flujo para la verificación de los documentos por parte de la Dirección Financiera, previa causación del pago. Si es así, elimine el texto siguiente.

Si, por el contrario, se trata de un contrato o convenio celebrado con anterioridad al 2024 o a través de SECOP I, se debe incluir en manuscrito la firma y nombre del supervisor, así como la notificación al contratista.

SUPERVISOR	NOTIFICADO
FIRMA NOMBRE WILLIS REYES VALDES CARGO DIRECTOR DE SALUD PUBLICA	FIRMA CÉDULA FECHA

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHÍA	GESTIÓN EN CONTRATACIÓN		
	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRACTUAL	CÓDIGO	GEC-FT-52-V3
		PÁGINA	1 de 1

DATOS GENERALES DEL CONTRATO				
CONTRATO No.	CO1.PCCNTR.67454 15	CONTRATISTA	LADY CAROLINA BARRERA REYES	
FECHA DE CONTRATO	09/09/2024	NIT / CC	1072661291	TELÉFONO 3132879469
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN EL PROGRAMA DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO EN EL MUNICIPIO DE CHÍA			

CUENTA / PAGO			PERÍODO / CORTE		
4	DE	4	DEL	11/12/2024	AL 20/12/2024

RUBRO PRESUPUESTAL		VALOR TOTAL DEL REGISTRO PRESUPUESTAL	VALOR DE ESTE PAGO	SALDO POR PAGAR DEL REGISTRO
CUENTA	FUENTE - ARTICULO			
2410219052024 2517500070502. 3.2.02.02.009	1301	19.080.000	1.766.666	1.403.333

INFORMACIÓN PAGO APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.			
PLANILLA N°	MES AL QUE CORRESPONDE EL APORTE	TIPO DE APORTE	VALOR PAGADO
9478653412	Diciembre	SALUD	162.500
		PENSIÓN	208.000
		ARL	6.800
TOTAL			377.300
VERIFICADO EL MONTO DE CADA UNO DE LOS APORTES EN LA PLANILLA, SE CONSTATÓ QUE SE AJUSTA A LA BASE DE LIQUIDACIÓN CORRESPONDIENTE AL VALOR DEL CONTRATO.			

EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR				
EN CUANTO A LA EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR, DEJO CONSTANCIA QUE SE VERIFICÓ, SEGÚN EVALUACIÓN REALIZADA EN EL FORMATO DE RE-EVALUACIÓN QUE EL SERVICIO SUMINISTRADO DURANTE ESTE PERIODO FUE:				
☒ EXCELENTE (81 - 100)	☐ BUENO (61 - 80)	☐ REGULAR (41 - 60)	☐ DEFICIENTE (21 - 40)	☐ MALO (0 - 20)

CERTIFICACIÓN
POR LO ANTERIOR, DEJO CONSTANCIA EXPRESA QUE LOS DOCUMENTOS RECIBIDOS DEL CONTRATISTA FUERON REVISADOS DETALLADAMENTE, VERIFICANDO QUE CUMPLEN COMPLETAMENTE EN SU CONTENIDO, CON LOS REQUERIMIENTOS LEGALES Y CONTRACTUALES ESTABLECIDOS.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE COMO EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL, PARA EFECTOS DE PAGO CON DESTINO A LA SECRETARÍA DE HACIENDA, A LOS 20 DÍAS DEL MES 12 DEL AÑO 2024

La presente certificación se entenderá presentada con la firma electrónica impuestas a través del SECOP II, por parte del supervisor del contrato.

Se REVISARON y VERIFICARON el contenido de la cuenta de cobro y los soportes del cumplimiento de esta cuenta presentada por el contratista y como consecuencia se APRUEBAN y AVALAN y SOLICITA se tramite el pago.