

INFORME DE CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

|                           |                                                                                                                                                                     |                      |            |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|
| Número del Contrato:      | CO1.PCCNTR.5930429                                                                                                                                                  |                      |            |
| Objeto del Contrato:      | Prestación de servicios profesionales para brindar asesoría y apoyo técnico especializado dentro del macro proceso de gestión de la calidad del servicio educativo. |                      |            |
| Contratista:              | Elvia Carolina Medrano León                                                                                                                                         |                      |            |
| No. de Cedula             | 53.911.419                                                                                                                                                          |                      |            |
| Fecha Inicio del Contrato | 14/02/2024                                                                                                                                                          | Fecha de Terminación | 13/12/2024 |
| Periodo del Informe       | 14/07/2024 - 13/08/2024                                                                                                                                             |                      |            |

| DOCUMENTO SOPORTE DE PAGO     |              |
|-------------------------------|--------------|
| Valor total del Contrato      | \$90.000.000 |
| Valor a Pagar en este periodo | \$9.000.000  |
| Saldo por Pagar               | \$36.000.000 |
| Pago No.                      | 006          |

| 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 |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | N/A                           | N/A                                       |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | N/A                           | N/A                                       |

| 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 - Compensar                                                                                               | 78892084    | 07/2024                          | \$450.000    |
| Pensión - Colpensiones                                                                                          |             |                                  | \$576.000    |
| ARL                                                                                                             |             |                                  | \$18.800     |

En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato No. **CO1.PCCNTR.5930429**, me permito relacionar **las actividades ejecutadas** durante el periodo **14/06/2024 - 14/07/2024**, en mi condición de contratista conforme a lo siguiente:

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS                                                                                                                                                                       | ACTIVIDADES DESARROLLADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Apoyar la gestión para la consolidación de la educación dirigida a la primera infancia conforme a los lineamientos del ministerio de Educación Nacional y al Plan de Desarrollo Municipal.  | Se formulo un instrumento para identificar las necesidades de formación y capacitación dirigido a docentes de aula, docentes de apoyo, docentes orientadores, rectores y coordinadores y rectores.                                                                                                                                                     |
| 2. Asesorar los procesos de la Dirección de Gestión y Fomento a la Educación orientados al fortalecimiento y cualificación docente con el fin de mejorar las practicas pedagógicas en el aula. | <p>Se formulo un instrumento para identificar las necesidades de formación y capacitación dirigido a docentes de aula, docentes de apoyo, docentes orientadores, rectores y coordinadores y rectores.</p> <p>Se realizó seguimiento a la capacitación dirigida por el Ministerio de Educación a través de la Pontificia Universidad Javeriana-Cali</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Brindar apoyo técnico especializado en el acompañamiento a las instituciones educativas oficiales para que los documentos institucionales que propenden por la calidad del servicio educativo sean coherentes y pertinentes con el contexto. | Se programa el desarrollo de estas actividades para el siguiente mes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 4. Brindar asesoría en la identificación de necesidades pedagógicas del municipio para determinar las alternativas de mejoramiento institucional.                                                                                               | Se formulo un instrumento para identificar las necesidades de formación y capacitación dirigido a docentes de aula, docentes de apoyo, docentes orientadores, rectores y coordinadores y rectores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 5. Brindar asesoría a la Dirección de Gestión y Fomento a la Educación para el mejoramiento de la calidad educativa del municipio a partir de los lineamientos y políticas ministeriales.                                                       | <p>Se construyó el primer informe de la convocatoria 2024-1 del Fondo para el Fomento de la Educación Superior.</p> <p>A partir de las observaciones de la oficina de contratación se ajustó la justificación y análisis del sector para la suscripción de los convenios marco de cooperación, adicionalmente, se continuó con la gestión y relacionamiento con las Instituciones de Educación Superior para consolidar los documentos jurídicos y técnicos para la suscripción de convenio y radicación de las carpetas ante la oficina de contratación de las siguientes IES:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. CORPORACIÓN UNIVERSITARIA UNITEC</li><li>2. ESCUELA COLOMBIANA DE INGENIERÍA JULIO GARAVITO</li><li>3. FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DE AMÉRICA</li><li>4. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA</li><li>5. UNIVERSIDAD EAN</li><li>6. UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA</li><li>7. CORPORACIÓN UNIVERSITARIA TALLER CINCO CENTRO DE DISEÑO</li><li>8. POLITECNICO GRAN COLOMBIANO</li><li>9. UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES -UDCA-</li><li>10. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA AGRARIA DE COLOMBIA -UNIAGRARIA-</li><li>11. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES</li><li>12. UNIVERSIDAD JORGE TADEO LOZANO</li><li>13. UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS</li><li>14. CORPORACIÓN UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR -CUN-</li><li>15. CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS -UNIMINUTO-</li><li>16. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA PARA EL DESARROLLO HUMANO – UNINPAHU-</li><li>17. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CERVANTES SAN AGUSTÍN - UNICERVANTES-</li><li>18. INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA- UNICOC</li></ol> |

|                                                                                                                     |                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                     | 19. UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA<br>20. UNIVERSIDAD DE LA SALLE<br>21. UNIVERSIDAD AGUSTINIANA |
| 6. Las demás actividades inherentes al cumplimiento del objeto del contrato y que sean asignadas por el supervisor. |                                                                                                       |

Las evidencias de se encuentran en el drive compartido con la Directora Mónica Torres  
[https://municipiochia-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/carolina\\_medrano\\_chia\\_gov\\_co/EooCwLAGPPBHmu4EK9VzA1ABUBs0BCfWHqCUFEC2wds62g?e=YVuZkW](https://municipiochia-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/carolina_medrano_chia_gov_co/EooCwLAGPPBHmu4EK9VzA1ABUBs0BCfWHqCUFEC2wds62g?e=YVuZkW)

El presente informe contiene el soporte de pago correspondiente, para el periodo del informe que se presenta. De igual manera, el presente documento se entenderá presentado por el contratista una vez se realice su respectivo cargue en SECOP II.

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                             |        |                                  |                    |                            |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------------------|--------|----------------------------------|--------------------|----------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN                        | TELÉFONO           | CORREO                     |
| CC                                  | 53911419          | ELVIA CAROLINA MEDRANO LEON |        | CHIA VEREDA FAGIA SECTOR GUANATA | 3173182700         | caritomedrano4@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                     | CIUDAD / MUNICIPIO |                            |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                             |        | CUNDINAMARCA                     | CHÍA               |                            |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                             |        |                                  |                    | SI                         |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2024-07              | 2024-07                           | I             | 25/07/2024               | 78892084        | TOTAL A PAGAR    |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$1.044.800      |

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 |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 450.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 450.000       | 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 |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 576.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 576.000       | 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 | 18.800                 |                  |       |                        | 18.800                | 0         | 0                     | 18.800              |                            |                     | 188               | 18.800        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |  |  |  |     |              |           |
|---------------|--------|--|--|--|-----|--------------|-----------|
| Código CCF    | Nombre |  |  |  | NIT | Valor Aporte | Días Mora |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |
|               |        |  |  |  |     |              |           |

| 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                              | 450.000                             | 450.000       |
| Pensión                | 1                              | 576.000                             | 576.000       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 18.800                              | 18.800        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 1.044.800                           | 1.044.800     |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |                                     |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|-------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN                           | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 53911419          | ELVIA CAROLINA MEDRANO LEON |        | CHIA VEREDA FAGIA<br>SECTOR GUANATA | 3173182700         | caritomedrano4@hotmail.com          |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                        | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                             |        | CUNDINAMARCA                        | CHÍA               |                                     |
|                     |                   |                             |        |                                     |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                             |        |                                     |                    | SI                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2024-07              | 2024-07                           | I             | 25/07/2024               | 78892084        | \$1.044.800   |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             |
|                      |                                   |               |                          |                 | 0             |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                             |           |         |           |               |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |       |           |         |                   |                      |                      |                                |                                 |           |              |                        |           |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------------|-----------|---------|-----------|---------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----------|---------|-------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------|--------------|------------------------|-----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                             |           |         |           |               |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     | SALUD |           |         | RIESGOS LABORALES |                      |                      | CCF                            |                                 |           | PARAFISCALES |                        |           |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres         | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clasificación | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SILN    | IDE | IVA | IVA | IVA | IVA | IVA | IVA   | Cód. AFP  | IBC AFP | Cotización        | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS  | IBC EPS      | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL  | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 53911419              | MEDRANO LEON ELVIA CAROLINA | 59        | 0       | N         |               |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     | 25-14 | 3.600.000 | 576.000 | 0                 | 0                    | 0                    | 0                              | EPS008                          | 3.600.000 | 450.000      | 14-11                  | 3.600.000 | 1       | 18.800          |            | 0          | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

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

Yo, Elvia Carolina Medrano León identificado con cédula de ciudadanía No. 53.911.419, 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 13 del mes de agosto de la vigencia 2024.

FIRMA 