

INFORME DE CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Número del Contrato:	CO1.PCCNTR.7321614		
Objeto del Contrato:	Prestación de servicios profesionales para el apoyo psicosocial y el acompañamiento para la promoción y prevención de la salud mental y la educación socioemocional de las instituciones educativas oficiales del Municipio de Chía.		
Contratista:	MARIA DEL PILAR TOQUICA		
No. de Cedula	35195375		
Fecha Inicio del Contrato	28/02/2025	Fecha de Terminación	28/11/2025
Periodo del Informe	28/03/2025 a 01/04/2025		

DOCUMENTO SOPORTE DE PAGO	
Valor total del Contrato	\$47.250.000
Valor a Pagar en este periodo	\$630.000
Saldo por Pagar	\$37.445.000
Pago No.	Tres (3)

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

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	4595598870	MARZO	\$ 236.300
Pensión			\$ 302.400
ARL			\$ 9.900
Salud	4598124993	ABRIL	\$ 15.800
Pensión			\$ 20.200
ARL			\$ 700

En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato No. **CO1.PCCNTR.7321614**, me permito relacionar **las actividades ejecutadas** durante el periodo **28/02/2025 a 01/04/2025** en mi condición de contratista conforme a lo siguiente:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS
1. Apoyar la elaboración e implementación del Plan Operativo Anual (POA) de Orientación escolar para el desarrollo de acciones para la promoción y prevención en el contexto escolar por medio de un cronograma de trabajo mensual.	Con el Orientador se crea el POA para el año 2025 luego se conciertan actividades a realizar como la atención de casos remitidos, realización de escuelas de padres, realización de talleres según sea la necesidad a todos los grados de la institución, apoyo con los estudiantes con PIAR, apoyo en el área de orientación vocacional a los estudiantes de 11. Las evidencias de las acciones adelantadas se encuentran en el drive ACTIVIDAD 1 • Anexo 1.2 - Cronograma de actividades
2. Apoyar el diseño y desarrollo de acciones pedagógicas para la	Realización campaña de autocuidado y regulación emocional primaria y bachillerato IE José Joaquín

promoción, prevención y divulgación de las rutas de atención de convivencia escolar por medio de planeaciones, actividades y/o campañas psicosociales en las Instituciones Educativas Oficiales y sus sedes.	Casas, realización de campaña de autocuidado y regulación emocional en bachillerato IE la balsa, realización escuela de padres IE Cerca de Piedra, realización Campaña Buen trato IE José Joaquín Casas Las evidencias de las acciones adelantadas se encuentran en el drive ACTIVIDAD 2 Anexo 2.1 Consolidado de Talleres
3. Realizar procesos de atención primaria y acompañamiento psicosocial conforme a las orientaciones de las rutas de atención para la convivencia escolar para NNAJ en condición de gestación, posparto, lactancia, sospecha de abuso sexual, trabajo infantil, ideación suicida, consumo de sustancia, sospecha de violencia intrafamiliar y demás que se requieran en el espectro de la salud mental por medio del reporte descriptivo de las situaciones remitidas	Se desarrolla la atención primaria y acompañamiento psicológico individual a los estudiantes remitidos a la oficina orientación escolar del IE José Joaquín Casas Las evidencias de las acciones adelantadas se encuentran en el drive ACTIVIDAD 3 Anexo 3.1 Consolidado de Casos
4. Realizar procesos de planeación y acompañamiento por medio de escuelas de padres en el marco de la estrategia alianza familia- escuela para el abordaje y mitigación de factores de riesgo psicosocial presentes en el entorno familiar.	Para el periodo de tiempo reportado no se desarrollaron acciones relacionadas con la obligación
5. Realizar procesos de sensibilización y acompañamiento psicosocial referentes a la salud mental de la comunidad educativa involucrando a directivos, directivos docentes y docentes.	Para el periodo de tiempo reportado no se desarrollaron acciones relacionadas con la obligación
6. Articular procesos intersectoriales para el fortalecimiento de prácticas de acompañamiento para la promoción y prevención del riesgo psicosocial en el contexto escolar por medio de reuniones y encuentros con actores institucionales.	Para el periodo de tiempo reportado no se desarrollaron acciones relacionadas con la obligación
7. Apoyar el diseño y desarrollo de acciones para el fortalecimiento de los procesos de orientación vocacional y sociocupacional por medio de planeaciones y actividades de acompañamiento y articulación con la oferta institucional del municipio de Chía.	Para el periodo de tiempo reportado no se desarrollaron acciones relacionadas con la obligación
8. Suministrar un informe descriptivo y cuantitativo para el reporte de acciones adelantadas en conjunto con orientación escolar en las Instituciones Educativas Oficiales focalizadas.	Se suministra un informe descriptivo y cuantitativo de las acciones ejecutadas para esta cuenta, dicho informe incluye información de los talleres, campañas y atenciones individuales. Las evidencias de las acciones adelantadas se encuentran en el drive ACTIVIDAD 8



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA													
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CÉDULA DE CIUDADANÍA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		REPRESENTANTE		NÚMERO PLANILLA:		PERÍODO COTIZACIÓN OTROS		MES		AÑO		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:		MES		AÑO		INDEPENDIENTES	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		CIUDADANÍA:		DEPARTAMENTO:		CIUDADANÍA:		FECHA PAGAR (aaaa/mm/aa):		FECHA PAGAR (aaaa/mm/aa):		MES		AÑO		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:		MES		AÑO		INDEPENDIENTES	
DIRECCIÓN:		CALLE:		CALLE:		CALLE:		FECHA PAGAR (aaaa/mm/aa):		FECHA PAGAR (aaaa/mm/aa):		MES		AÑO		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:		MES		AÑO		INDEPENDIENTES	
TIPO APORTANTE:		CALLE:		CALLE:		CALLE:		FECHA PAGAR (aaaa/mm/aa):		FECHA PAGAR (aaaa/mm/aa):		MES		AÑO		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:		MES		AÑO		INDEPENDIENTES	
TIPO EMPRESA:		CALLE:		CALLE:		CALLE:		FECHA PAGAR (aaaa/mm/aa):		FECHA PAGAR (aaaa/mm/aa):		MES		AÑO		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:		MES		AÑO		INDEPENDIENTES	
FORMA DE PRESENTACIÓN:		CALLE:		CALLE:		CALLE:		FECHA PAGAR (aaaa/mm/aa):		FECHA PAGAR (aaaa/mm/aa):		MES		AÑO		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:		MES		AÑO		INDEPENDIENTES	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEHA E ICAP (REFORMA TRIBUTARIA):		CALLE:		CALLE:		CALLE:		FECHA PAGAR (aaaa/mm/aa):		FECHA PAGAR (aaaa/mm/aa):		MES		AÑO		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:		MES		AÑO		INDEPENDIENTES	

TOTAL APORTES A RIESGOS									
CÓDIGO		ADMINISTRADORA		NÚMERO COTIZANTES		COTIZACIÓN		VALOR PAGADO	
0000		SEHA - PROTECCIÓN		1		\$ 20.20		\$ 20.20	
SUBTOTAL:								\$ 20.20	

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO		ADMINISTRADORA		NÚMERO COTIZANTES		COTIZACIÓN		VALOR PAGADO	
0000		SEHA - PROTECCIÓN		1		\$ 15.80		\$ 15.80	
SUBTOTAL:								\$ 15.80	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
CÓDIGO		ADMINISTRADORA		NÚMERO COTIZANTES		COTIZACIÓN		VALOR PAGADO	
0000		SEHA - PROTECCIÓN		1		\$ 1.00		\$ 1.00	
SUBTOTAL:								\$ 1.00	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES									
CÓDIGO		ADMINISTRADORA		NÚMERO COTIZANTES		COTIZACIÓN		VALOR PAGADO	
0000		SEHA - PROTECCIÓN		1		\$ 36.00		\$ 36.00	
SUBTOTAL:								\$ 36.00	

TOTAL PAGADO: \$ 36.00

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 141169925030			
5. Número de identificación Tributaria (NIT) 3 5 1 9 5 3 7 5		6. DV 0		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
3 2		14. Buzón electrónico			
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de identificación 3 5 1 9 5 3 7 5	
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País 1 6 9		29. Departamento Cundinamarca 2 5	
30. Ciudad/Municipio Chía 1 7 5		31. Primer apellido TOQUICA		32. Segundo apellido GARCIA	
33. Primer nombre MARIA		34. Otros nombres DEL PILAR		35. Razón social	
36. Nombre comercial		37. Sigla			
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Cundinamarca 2 5		40. Ciudad/Municipio Chía 1 7 5	
41. Dirección principal CR 2 E 29 74 SEC 40					
42. Correo electrónico pili0912@hotmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 6 0 1 8 8 4 0 7 6 5		45. Teléfono 2 3 1 6 4 4 9 7 0 7 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad principal		Actividad económica		Ocupación	
46. Código 8 6 9 2		47. Fecha inicio actividad 2 0 1 1 0 2 0 1		48. Código 8 2 9 9	
49. Fecha inicio actividad 2 0 2 4 0 9 0 4		50. Código 1 2		51. Código	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 5 4 9					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20					
Exportadores					
55. Forma		56. Tipo		Servicio 1 2 3	
57. Modo		58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0			
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Párrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.		
Firma del solicitante:			Firma autorizada:		
984. Nombre TOQUICA GARCIA MARIA DEL PILAR			985. Cargo CONTRIBUYENTE		

Certificación Bancaria



Miércoles, 21 de agosto de 2024

Señores:
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **MARIA DEL PILAR TOQUICA GARCIA** identificado(a) con CC. **35195375** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	198-783511-37	2012/01/16	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. - Sucursal Telefónica

2025 - Información reservada
Banco de la Nación


Santiago Valencia Cárdenas