

INFORME DE CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (APOYO A LA GESTIÓN)

Número del Contrato:	CO1.PCCNTR.7347999		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL ACOMPAÑAMIENTO A LOS CUIDADORES DE LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE DISCAPACIDAD DEL MUNICIPIO DE CHÍA.		
Contratista:	ANGELA HERRERA GARAVITO		
No. de Cedula	1072668375		
Fecha Inicio del Contrato	04/02/2025	Fecha de Terminación	03/10/2025
Periodo del Informe	04/04/2025 al 03/05/2025		

DOCUMENTO SOPORTE DE PAGO	
Valor total del Contrato	38.532.800
Valor a Pagar en este periodo	4.816.600
Saldo por Pagar	24.086.000
Pago No.	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

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	4602340461	ABRIL	240.900
Pensión			308.300
ARL			10.100

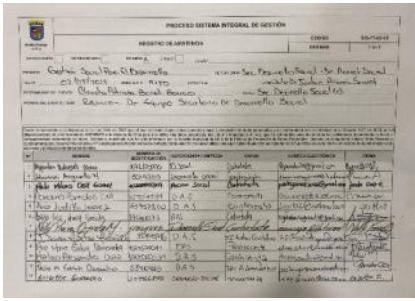
En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato No. CO1.PCCNTR.6394929, me permito relacionar **las actividades ejecutadas** durante el periodo 04 DE MARZO DE 2025 AL 03 DE ABRIL DE 2025.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS
1. Apoyar a la Secretaría de Desarrollo Social en la atención y acompañamiento familiar en la intervención de casos a los cuidadores de las personas con discapacidad.	Realice acompañamiento familiar ofreciendo talleres de generación de ingresos en el centro de discapacidad el día 22 y 29 de abril de 2025 a cuidadores y beneficiarios del programa, de discapacidad. LINK: EVIDENCIA 1
2. Realizar talleres dirigidos a los cuidadores y/o familiares de las personas con discapacidad, en asuntos relativos al autocuidado, proyecto de vida y los demás temas que los identifique como sujetos de derechos y de atención.	1. Realice talleres dirigido a los cuidadores y/o familiares en temas de autoestima y proyecto de vida, en casa de la mujer, los días 10 de abril y 24 de abril de 2025. 2. Realice 4 Talleres dirigidos a cuidadores en FEL los días 7, 21 y 29 de abril en temas de autoconocimiento. LINK: EVIDENCIA 2

3. Ofrecer apoyo y asesoramiento a los cuidadores y/o familias de las personas con discapacidad en la evaluación de necesidades y direccionamiento de atención.	Ofrecí apoyo y asesoramiento a los cuidadores y/o familiares de las personas con discapacidad apoyando en la atención al usuario ofreciendo información y asesoramiento el día 28 de abril y 2 de mayo de 2025. LINK: EVIDENCIA 3
4. Apoyar a la secretaría de desarrollo social en la organización, ejecución, seguimiento y acompañamiento de actividades como eventos, encuentros, asambleas, y/o agendas según se requiera a fin de dar impulso al programa de discapacidad del municipio de Chía.	1.Apoyo a la secretaria de desarrollo social realizando acompañamiento a la actividad del Colegio Oxford para los beneficiarios del programa de discapacidad en la modalidad severa moderada que asisten al centro de discapacidad el día 11 de abril de 2025. 2.Apoyo a la secretaria de desarrollo social realizando apoyo en la caracterización de la población beneficiaria del programa de discapacidad. 3. Realizo 2 talleres dirigidos a población de discapacidad en temas relativos a autocuidado. En el centro de discapacidad los días 30 de abril de 2025. 4. Apoyo entrega de mercados a beneficiarios del programa de discapacidad de la modalidad domiciliaria el día 9 de abril de 2025. 5. Realizo acompañamiento a beneficiarios de Centro de discapacidad para asistir a Kabalia el día 23 y 30 de abril de 2025. 6. Asistió a reunión para la realización de la ruta de acción para discapacidad el día 24 de abril de 2025. 7. Realizo acompañamiento al centro de discapacidad el día 25 de abril de 2025 en actividad que realizo gestión de riesgo. 8. Realizo acompañamiento en las rutas del centro de discapacidad el día 2 de mayo 2025. LINK: EVIDENCIA 4
5. Asistir a las reuniones, comités y/o jornadas, capacitaciones o talleres que le sean asignados desde la Secretaría de Desarrollo Social relacionados con población con discapacidad.	Asistí a la reunión programadas por la coordinadora del programa los días 14 de abril de 2025, con el fin de retroalimentar los procesos e impulsar el programa de discapacidad. Asistió a las capacitaciones desarrolladas por la secretaria de desarrollo social con la fundación réstate vital los días 2,3,7,9,10,16,21,23,24 y 30 de abril de 2025 LINK: EVIDENCIA 5

6. Realizar apoyo en el seguimiento detallado a los casos que demanden atención prioritaria de los beneficiarios del programa de población en condición de discapacidad.	Realice atención prioritaria a persona en condición de discapacidad brindando así la información requerida y la atención solicitada por medio de la visita domiciliaria, realizada el día 22 de abril de 2025. LINK: EVIDENCIA 6
7. Proyectar respuesta a los diferentes requerimientos o derechos de petición que le sean asignados por el supervisor del contrato y que se deriven del objeto contractual.	Proyecte respuesta a requerimiento realizado por El Hospital San Antonio de Chía por medio de una visita domiciliaria realizada el día 28 de abril de 2025 en el informe fue presentado a la coordinadora del programa. LINK: EVIDENCIA 7
8. Apoyar en todas las demás actividades que se asignen en desarrollo de su objeto contractual previa asignación de la supervisión.	Asistí a reunión de programas realizado por la Doctora Claudia Patricia Bernal el día 2 de mayo de 2025. LINK: EVIDENCIA 8

1. Apoyar a la Secretaría de Desarrollo Social en la atención y acompañamiento familiar en la intervención de casos a los cuidadores de las personas con discapacidad.	 
2. Realizar talleres dirigidos a los cuidadores y/o familiares de las personas con discapacidad, en asuntos relativos al autocuidado, proyecto de vida y los demás temas que los identifique como sujetos de derechos y de atención.	 
3. Ofrecer apoyo y asesoramiento a los cuidadores y/o familias de las personas con discapacidad en la evaluación de necesidades y direccionamiento de atención.	 

4. Apoyar a la secretaría de desarrollo social en la organización, ejecución, seguimiento y acompañamiento de actividades como eventos, encuentros, asambleas, y/o agendas según se requiera a fin de dar impulso al programa de discapacidad del municipio de Chía.	    
5. Asistir a las reuniones, comités y/o jornadas, capacitaciones o talleres que le sean asignados desde la Secretaría de Desarrollo Social relacionados con población con discapacidad.	
6. Realizar apoyo en el seguimiento detallado a los casos que demanden atención prioritaria de los beneficiarios del programa de población en condición de discapacidad.	
7. Proyectar respuesta a los diferentes requerimientos o derechos de petición que le sean asignados por el supervisor del contrato y que se deriven del objeto contractual.	
8. Apoyar en todas las demás actividades que se asignen en desarrollo de su objeto contractual previa asignación de la supervisión.	

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

Yo, **Angela Rocio Herrera Garavito**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1072668375**

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 03 días del mes de Abril de la vigencia 2025.

FIRMA:

Angela Rocio Herrera Garavito
C.c 1072668375

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

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:					1072668375				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					ANGELA ROCIO HERRERA GARAVITO					I-INDEPENDIENTE					5050566812				
CIUDAD/MUNICIPIO:					CUNDINAMARCA					I-INDEPENDIENTE					5050566812				
DIRECCIÓN:					CR 14E #9A 78					I-INDEPENDIENTE					5050566812				
TIPO APORTANTE:					02-INDEPENDIENTE					I-INDEPENDIENTE					5050566812				
TIPO EMPRESA:					PRIVADA					I-INDEPENDIENTE					5050566812				
FORMA DE PRESENTACIÓN:					ÚNICO					I-INDEPENDIENTE					5050566812				
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):					NO					I-INDEPENDIENTE					5050566812				

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 308.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 308.300	\$ 0	\$ 308.300
SUBTOTALES:										\$ 308.300	\$ 0	\$ 308.300

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 240.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 240.900	\$ 0	\$ 0	\$ 240.900
SUBTOTALES:													\$ 240.900	\$ 0	\$ 0	\$ 240.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 10.100	\$ 10.100	\$ 0	\$ 0	\$ 10.100
SUBTOTALES:									\$ 10.100	\$ 0	\$ 0	\$ 10.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU			
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE			ADMIN	DÍAS COT					IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE
1	CC 1072668375	HERRERA GARAVITO ANGELA ROCIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.926.640			NO																			230201-PROTECCIÓN	30	\$ 1.926.640	\$ 308.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 308.300	EPS008-COMPENSAR	30	\$ 1.926.640	\$ 240.900	\$ 0	\$ 240.900	14-11 - ARL SURA	30	\$ 1.926.640	\$ 107266837	\$ 10.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 559.300



CERTIFICADO

**CHIA,
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quien interese**

03/03/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ANGELA ROCIO HERRERA GARAVITO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1072668375**

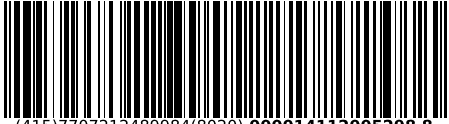
Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570004170309464
Fecha de apertura	28/11/2023

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141120052988			
				 (415)7707212489984(8020) 000014112005298 8			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
1 0 7 2 6 6 8 3 7 5		7		Impuestos de Bogotá		3 2	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente		25. Tipo de documento		26. Número de Identificación			
Persona natural o sucesión ilíquida 2		Cédula de Ciudadanía 1 3		1 0 7 2 6 6 8 3 7 5			
Lugar de expedición		28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA		1 6 9		Cundinamarca 2 5		Chía 1 7 5	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre		34. Otros nombres	
HERRERA		GARAVITO		ANGELA		ROCIO	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio			
COLOMBIA 1 6 9		Cundinamarca 2 5		Chía 1 7 5			
41. Dirección principal							
CR 14 E 9 A 78 BRR RIO FRIO							
42. Correo electrónico angelaherreragaravito@gmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1		8 8 5 4 9 9 7		45. Teléfono 2 3 2 0 2 0 3 4 9 4 2	
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 7 2 2 0		47. Fecha inicio actividad 2 0 2 4 0 8 2 8		48. Código 8 8 1 0		49. Fecha inicio actividad 2 0 2 4 0 8 2 8	
50. Código 1 2				51. Código			
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 5 4 9							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				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, Parágrafo 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 HERRERA GARAVITO ANGELA ROCIO			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			