

INFORME DE CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTIÓN.

Número del Contrato:	CO1.PCCNTR. 7366483		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR DENTRO DEL PROGRAMA DE DISCAPACIDAD EL SEGUIMIENTO, CONTROL Y MEDICIÓN DE INDICADORES DE LAS ACCIONES QUE SE EJECUTAN DENTRO DE LA ATENCION INTEGRAL A LOS BENEFICIARIOS Y/O CUIDADORES.		
Contratista:	ANA JUDIT JIMENEZ RAMOS		
No. de Cedula	65.757.820		
Fecha Inicio del Contrato	3 febrero 2025	Fecha de Terminación	2 de octubre 2025
Periodo del Informe	3 septiembre – 2 octubre 2025		

DOCUMENTO SOPORTE DE PAGO	
Valor total del Contrato	\$40.320.000
Valor a Pagar en este periodo	\$5.040.000
Saldo por Pagar	\$0
Pago No.	8

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	

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	4623107619	SEPTIEMBRE	\$252.000
Pensión			\$322.600
ARL			\$10.600

En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato No. CO1.PCCNTR. 7366483, me permito relacionar **las actividades ejecutadas** durante el periodo **SEPTIEMBRE**, en mi condición de contratista conforme a lo siguiente:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS
1. Realizar visitas domiciliarias para la caracterización de los beneficiarios del programa de discapacidad y sus cuidadores, a fin de verificar las condiciones económicas, familiares y culturales de las personas con discapacidad.	Realicé 11 visitas de caracterización socioeconómica y familiar a beneficiarios del Programa de Discapacidad, con el fin de verificar sus condiciones de vida, dinámicas familiares y necesidades prioritarias, esta actividad me permitió consolidar información actualizada para la planeación de intervenciones, el fortalecimiento del acompañamiento social y la articulación con las diferentes rutas de atención institucional. Obligación #1

2. Planificar, preparar y realizar tres (03) charlas o actividades dirigidas a las personas con discapacidad que contribuyan a desarrollar, mantener y potenciar sus habilidades y capacidades, a fin de mejorar su calidad de vida; las cuales se llevarán a cabo en el Centro de Discapacidad.	Realicé 4 talleres dirigidas a los beneficiarios del Centro de Discapacidad, • Grupo A, C, D y E Desarrollé la actividad “Salud y vida: ejercitar mi cuerpo y ejercicio terapéutico para la autoestima orientada al fortalecimiento físico y emocional, complementada con ejercicios terapéuticos enfocados en el cuidado de la autoestima, durante la jornada, los participantes realizaron rutinas adaptadas a sus capacidades, favoreciendo la movilidad, la coordinación y la activación corporal, al mismo tiempo, se promovió el reconocimiento del propio valor y la importancia de cuidarse, generando un espacio de motivación, confianza y bienestar integral.. (52 beneficiarios atendidos) Obligación #2
3. Realizar actividades de participación familiar a los beneficiarios del programa de discapacidad y sus cuidadores, con el objetivo de fortalecer las relaciones interpersonales y mejorar la calidad de vida de las familias; las cuales se llevarán a cabo en el Centro de Discapacidad.	• Realicé una actividad con 31 cuidadoras del programa, en casa de la mujer; orientada a fomentar el autocuidado mediante espacios prácticos de corte, manicure y peinado, con esta jornada promovió el bienestar personal, fortalecer la autoestima y resaltar la importancia del cuidado propio como parte fundamental en su rol de cuidadoras; adicionalmente, s trabajo aspectos relacionados con la comunicación, el trabajo en equipo, la gestión de la frustración y el liderazgo, a través de dinámicas participativas que permitieron generar reflexión y fortalecer sus habilidades personales y colectivas. Realicé 2 charlas con XX cuidadoras en la modalidad de Generación de Ingresos, bajo el tema “<i>Crear con amor</i>”. Durante la jornada se trabajaron reflexiones personales y emocionales a partir de preguntas como: <i>¿Estoy orgullosa de mí por...?</i>, <i>¿Merezco...?</i>, <i>¿Me perdono por...?</i>, que permitieron abrir espacios de diálogo, reconocimiento y fortalecimiento de la autoestima. Estas dinámicas favorecieron la conexión con sus emociones, la valoración de sus logros y la reflexión sobre su propio bienestar, contribuyendo al fortalecimiento de sus habilidades personales y a su rol como cuidadoras comprometidas y conscientes de su importancia en el cuidado de otros. (51 beneficiarios atendidos) Obligación #3
4. Apoyar a la Dirección de Acción Social con la medición de la calidad de la prestación de los servicios brindados en el programa de discapacidad a los beneficiarios y sus cuidadores, a través de encuestas y entrevistas, presentado informe de los resultados, permitiendo así identificar acciones de mejora.	• Esta actividad no se realizó este mes porque se deben realizar en físico por solicitud de la coordinación

5. Realizar acciones de mejora, conforme a los resultados arrojados por las encuestas, que permitan identificar las necesidades de los usuarios del programa de discapacidad y sus cuidadores, generando mejorar sus condiciones de vida a través de la oferta social	• No se realizó esta actividad, porque depende del resultado de la actividad 4.
6. Apoyar en el seguimiento y en las actividades dirigidas a las personas con discapacidad y sus familias, lideradas por la Secretaría de Desarrollo Social y el programa de discapacidad	• Asistí a la Oficina de Acción Social el 2, 3, de septiembre y 1 de octubre, con el propósito de brindar atención directa a beneficiarios, usuarios y miembros de la comunidad en general, respondiendo a solicitudes, inquietudes y requerimientos relacionados con los programas de Discapacidad y Adulto Mayor. (se atendieron 9 persona) • Asistí a la oficina en diferentes horarios brindando apoyo administrativo llamadas a adultos mayores para entrega de merados donados por la Gobernación a la coordinación del programa de discapacidad. • llevé a cabo la entrega de 24 paquetes nutricionales dirigidos a beneficiarios del Centro de Discapacidad, realicé inspección en 5 de las entregas para verificar el contenido de los mismos, garantizando el cumplimiento de la calidad de los productos y la adecuada recepción por parte de los usuarios; en esta oportunidad hicieron falta algunos artículos por la vigencia del contrato. • Realicé seguimiento en el Centro de Discapacidad, el 5 y 19 de septiembre, verificando el desarrollo de actividades, el estado de las instalaciones, la minuta del servicio de alimentación y la asistencia de los beneficiarios. • Asistí a Reunión de seguimiento mundo mágico el 9 de septiembre con todo el equipo de discapacidad: cronogramas, horarios, frecuencia de atención a beneficiarios. • Realice visita de seguimiento sede mundo mágico para verificación de cronogramas, listas de asistencia y base de datos beneficiarios atendidos. • Participé y apoyé la realización de la actividad “Reinado de Discapacidad”, un espacio creado para resaltar los talentos y habilidades de los beneficiarios del programa. los participantes tuvieron la oportunidad de expresarse a través de diferentes manifestaciones artísticas y personales, demostrando sus capacidades, creatividad y entusiasmo; el evento se desarrolló en un ambiente de alegría, respeto e inclusión, fue un espacio que fortaleció la autoestima de los participantes, promovió la integración y permitió visibilizar que la discapacidad no es un límite para soñar ni para compartir talentos con la comunidad. Obligación #6
7. Prestar apoyo en las reuniones, comités y/o jornadas, capacitaciones o talleres que le sean asignados desde la Secretaría de	• Asistí a las reuniones de seguimiento y programación de cronogramas con la coordinadora del programa, los días 4, 17 y

Desarrollo Social relacionados con población con discapacidad.	25 de septiembre (reunión Supervisión Informes mensuales), con el fin de evaluar el desarrollo de actividades, recibir retroalimentación y coordinar los apoyos necesarios para la ejecución de las acciones dirigidos a la población beneficiaria y sus cuidadores del programa de discapacidad. • Asistí a Foro académico Tejiendo Saberes, transformando vidas en el marco de la celebración de la semana de la Discapacidad del municipio de Tenjo. • Realicé la entrega de 26 almuerzos a vendedores Ambulantes de lunes a viernes los días 1 al 5; 9 al 12, 15 al 19, 22 al 25 - 30 de septiembre y 1, al 3 de octubre, pertenecientes a la modalidad "Ponte en mis Zapatos", en el parque principal de Chía; esta actividad se desarrolló como parte del acompañamiento social brindado, con el objetivo de fortalecer el vínculo institucional y garantizar el acceso a apoyo alimentario a población en condición de vulnerabilidad. • Asistí al curso de Lengua de Señas Colombiana, ofrecido por el Colegio ICAL, los días 4 y 11 de septiembre, en el horario de 9:00 a 11:00 a. m; en la sala de juntas de la Oficina de Juventudes. • Asistí a conversatorio escuelas inclusivas diversas el 18 de septiembre en el Teatro Zea Mays. Obligación #7
8. Todas las demás actividades que se requieran por parte de la supervisión y que permitan el desarrollo del objeto contratado.	• Gestione con la Secretaría de Salud los casos de discapacidad que tienen inconvenientes con sus EPS, para que desde esta oficina brinden apoyo necesario. • Asistí a actividad sobre manejo estrés y relaciones interpersonales de Función Pública el 9 de septiembre en el teatro Zea Mays. • Apoye la entrega de mercados a adulto mayor el 18, 19 de septiembre en el teatro Zea Mays y 2 de octubre en oficina secretaria Desarrollo social. Obligación #8

Evidencia fotográfica y actas dentro del informe de gestión de la obligación

ANA JUDIT JIMENEZ RAMOS
C.C 65.757.820 De Ibagué

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.

OBLIGACION No.1- (11 beneficiarios caracterizados)

Entrega mercados (22 mercados entregados)

FORMATO DE ASISTENCIA								
FECHA:								
Nº	DESCRIPCION	CANTIDAD	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	IDENTIFICACION	TELEFONO	DIRECCION	FIRMA	MUELLA
1	PAQUETE ALIMENTARIO + KIT DE ASEO + HUEVOS Y GALLINAS	1	Luis Fernando Ramirez Cabra	2.994.561	319.217.7203	Cra 9 #22-86	[Firma]	[Muestra]
2	PAQUETE ALIMENTARIO + KIT DE ASEO + HUEVOS Y GALLINAS	1	Maria Antonia Velandria Leon	38196461	313.384.4193	Cra 9 # 27-05	[Firma]	[Muestra]
3	PAQUETE ALIMENTARIO + KIT DE ASEO + HUEVOS Y GALLINAS	1	Monica Olarte	37676724	3202254228	Cll 24 #6-162	[Firma]	[Muestra]
4	PAQUETE ALIMENTARIO + KIT DE ASEO + HUEVOS Y GALLINAS	1	Samuel Achury Hoyos	1072654803	3118926009	Cra 1 A #29-73	[Firma]	[Muestra]
5	PAQUETE ALIMENTARIO + KIT DE ASEO + HUEVOS Y GALLINAS	1	Leonor Rodriguez De Montano	20590824	3202377312	Cra 1 A #20-30	[Firma]	[Muestra]
6	PAQUETE ALIMENTARIO + KIT DE ASEO + HUEVOS Y GALLINAS	1	Adro Felipe Gonzalez Pedraza	1078503743	3203758427	Cra 1 B #50-31	ANDRESE	[Muestra]
	PAQUETE ALIMENTARIO + KIT DE ASEO + HUEVOS Y	1	Ana Fabiola					[Muestra]

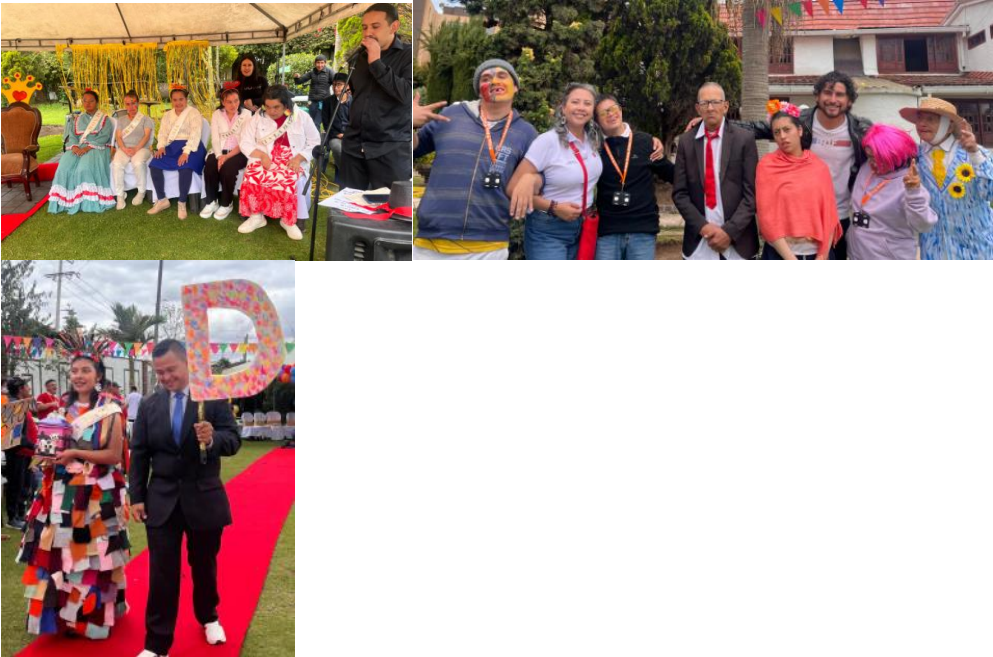
Seguimiento centro de discapacidad



Reunión Mundo mágico



Reinado Discapacidad

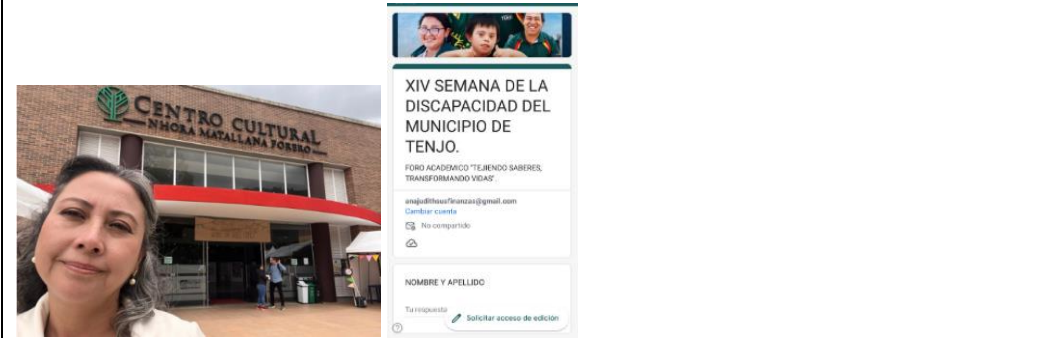


OBLIGACION No.7

Reuniones de Equipo:



Foro: Tejiendo Saberes, transformando vidas.



Entrega Almuerzo modalidad Ponte en mis Zapatos – Vendedor Ambulante



Curso lenguaje de señal colombiana LSC ICAL



Conversatorio escuelas inclusivas diversas



OBLIGACION No.8
Casos EPS secretaría de Salud



Entrega mercados Gobernación de Cundinamarca



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

Yo, **ANA JUDIT JIMENEZ RAMOS** identificado con cédula de ciudadanía No. 65.757.820 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 ala 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 3 días del mes de febrero de la vigencia 2025.

☐

FIRMA:

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	65757820
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANA JUDITH JIMENEZ RAMOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CALLE 21 NO. 13 -37	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NÚMERO PLANILLA:	4623107619			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES			
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO
DÍAS DE MORA:				0				2025
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2025/09/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			5092475522

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 322.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 322.600	\$ 0	\$ 322.600
SUBTOTALES:										\$ 322.600	\$ 0	\$ 322.600

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	
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 252.000		\$ 0		\$ 0	\$ 252.000	\$ 0	\$ 0	\$ 252.000
SUBTOTALES:									\$ 252.000				\$ 252.000	\$ 0	\$ 0	\$ 252.000	

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	\$ 10.600	\$ 10.600	\$ 0	\$ 0	\$ 10.600
SUBTOTALES:									\$ 10.600	\$ 0	\$ 0	\$ 10.600

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								SEGURO SOCIAL								PARAFISCALES												
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE																																													
1	CC 65757820	JIMENEZ RAMOS ANA JUDIT	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 2.016.000			NO																			25-14 COLPENSIONES	30	\$ 2.016.000	\$ 322.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 322.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	\$ 2.016.000	\$ 252.000	\$ 0	\$ 252.000	14-11 - ARL SURA	30	\$ 2.016.000	\$ 65757820	\$ 10.600	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO:	\$ 585.200
----------------------	-------------------

Certificación Bancaria



Miércoles, 10 de abril de 2024

Señores:

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **ANA JUDIT JIMENEZ RAMOS** identificado(a) con CC. **65757820** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de ahorro	946-314532-06	2022/01/24	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.



Santiago Valencia Calderón
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141125013629			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 657578209				6. DV 9		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
14. Buzón electrónico 32							
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 65757820		27. Fecha expedición	
28. País COLOMBIA		29. Departamento Tolima		30. Ciudad/Municipio Ibagué		001	
31. Primer apellido JIMENEZ		32. Segundo apellido RAMOS		33. Primer nombre ANA		34. Otros nombres JUDIT	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		001	
41. Dirección principal DG 54 D 187 43 AP 102 IN 10							
42. Correo electrónico juju732@hotmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1 7516687		45. Teléfono 2 3192364978			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 7220	47. Fecha inicio actividad 20240206	48. Código 0010	49. Fecha inicio actividad 20000208	50. Código 1 8230	2	51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 5							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				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		61. Fecha 2024 - 09 - 17 / 19 : 46: 36			
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 JIMENEZ RAMOS ANA JUDIT			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			