

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

Número del Contrato:	CO1.PCCNTR.7395481		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN GERONTOLOGÍA PARA EL APOYO EN EL PROGRAMA ADULTO MAYOR EN EL MUNICIPIO DE CHÍA		
Contratista:	PAULA MILENA DIAZ GOMEZ		
No. de Cedula	1.026.555.307		
Fecha Inicio del Contrato	10 de Febrero de 2025	Fecha de Terminación	9 de agosto de 2025
Periodo del Informe	10 de Mayo - 9 de Junio		

DOCUMENTO SOPORTE DE PAGO	
Valor total del Contrato	\$ 40.320.000
Valor a Pagar en este periodo	\$ 6.720.000
Saldo por Pagar	\$ 13.440.000
Pago No.	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
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	86710169	MAYO	336.000
Pensión			430.100
ARL			14.100

En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato No. CO1.PCCNTR.7395481, me permito relacionar **las actividades ejecutadas** durante el periodo **MAYO**, en mi condición de contratista conforme a lo siguiente:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS
--------------------------	---------------------------

1. Realizar asesorías en temas de autocuidado y estilos de vida saludable (alimentación saludable, actividad física, aprovechamiento del tiempo libre) a los adultos mayores, cuidadores y familiares.	1.1 Impartí talleres en los diferentes grupos beneficiarios del programa, se tomó el respectivo registró fotográfico y los listados de asistencia NO fueron autorizados, ni entregados por parte de la fundación municipalidad por tal razón no se adjunta; a continuación, se relacionan las fechas en cada uno de los puntos de atención: (13/05/2025 Sabaneta),(15/05/2025 Tiquiza), (23/05/2025 Yerbabuena), (27/05/2025 Cerca de Piedra), (30/05/2025 Calahorra) (5/06/2025 Nispero) El soporte reposa en el DRIVE Obligación 1.2 EVIDENCIAS 1.2 Contacte a la Trabajadora Social personalmente, vía WhatsApp al grupo gestión Equipo 2025 y E-mail para coordinación de actividades, gestión y cumplimiento de direccionamientos por parte de la Coordinadora del Programa de Adulto Mayor. El soporte reposa en el DRIVE Obligación 1.2 EVIDENCIAS 
---	---

2. Realizar y socializar con los adultos mayores vinculados al programa, un plan de mejoramiento de salud que incluya el desarrollo de actividades que promuevan el estilo de vida saludable.	2.1 Socialice el plan de mejoramiento de salud integral que comprendía las determinantes en las dimensiones: Ser Personal, Familiar, Emocional, Social, Mental y Ser-Espiritual, con los beneficiarios del Centro día de Fagua (28/05/2025). El soporte reposa en el DRIVE Obligación 2.1 <u>EVIDENCIAS</u> 
3. Apoyar el proceso de caracterización desde la perspectiva social y familiar de la población adulta mayor del Municipio de Chía.	3.1 Realice sectorización, llamadas telefónicas y asignación de horario de 34 visitas de caracterización en el domicilio de cada persona, a su vez se verifico en las plataformas VUR,RUAF y SISBEN la información suministrada en la visita pertenecientes a los grupos; diligenciamiento del formato apoyo el proceso de caracterización en donde se evaluaron factores de vulnerabilidad de las personas beneficiarias y se entregaron los formatos físicos a la Coordinadora del Programa. (En la base de caracterización se encuentran subrayados con el color verde, en la parte derecha de marcada cada formato esta enumerado con el respectivo número de la base del Drive Nombrada 2025 Base adulto mayor Chia junio El soporte reposa en el DRIVE Obligación 3.1 <u>EVIDENCIAS</u> 3.2 Diligencie el formato de novedades presentadas al momento de caracterización y se enviaron vía E-mail a la Coordinadora del Programa. El soporte reposa en el DRIVE Obligación 3.2 <u>EVIDENCIAS</u>



4. Participar en el Comité Gerontológico, como instancia de concertación de las acciones enfocadas a la atención de la población adulta mayor.

4.1 Asisti al Comité Gerontológico que se celebró el 14 de mayo, se organizo la respectiva carpeta con los documentos y se entregó a la Coordinadora. **El soporte reposa en el DRIVE Obligación**

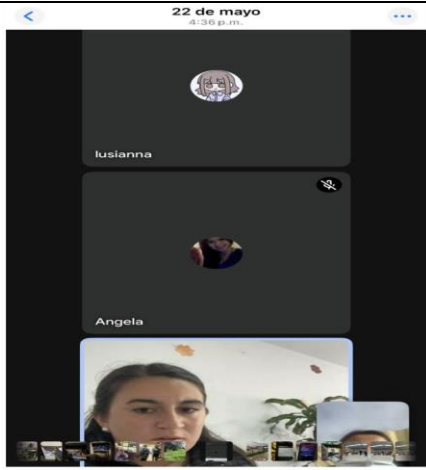
4.1 EVIDENCIAS

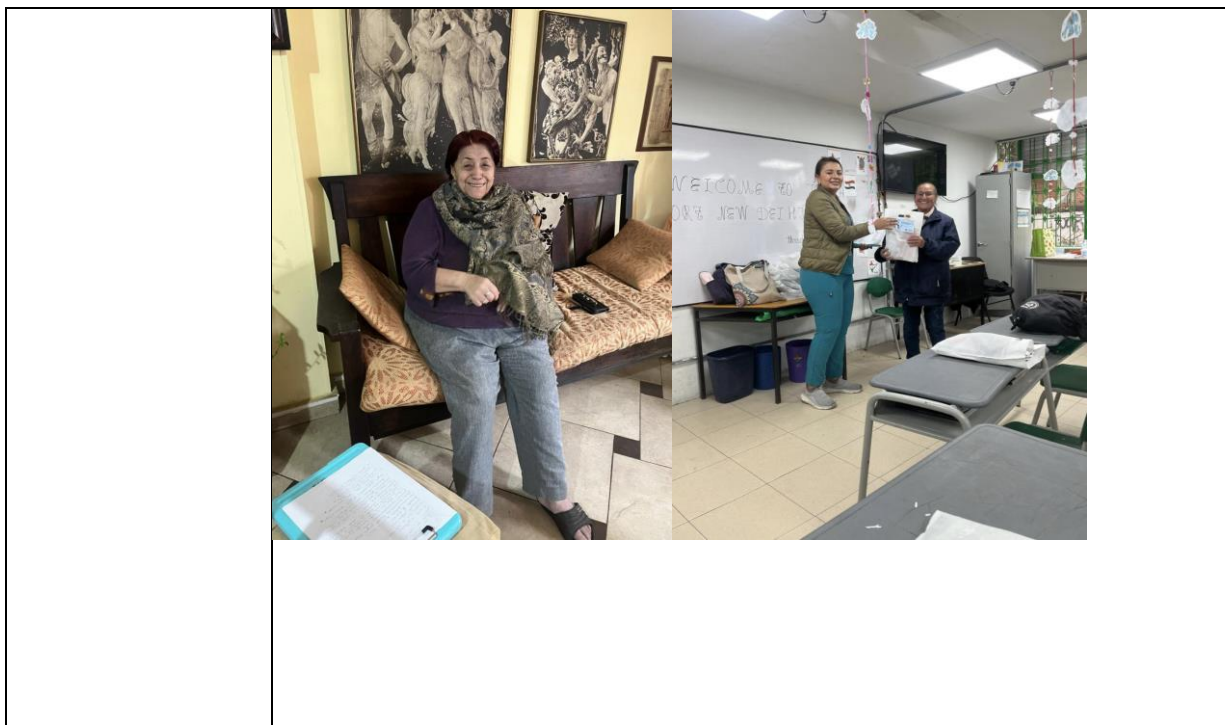
The top photograph shows a 'PROCESO DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL DE GESTIÓN' form. It includes a header with the title and a section for 'DATOS DE IDENTIFICACIÓN' with fields for 'NOMBRE', 'EDAD', 'SEXO', and 'FECHA DE NACIMIENTO'. Below this is a section for 'DATOS DE ATENCIÓN' with fields for 'NOMBRE DEL SERVIDOR', 'FECHA DE ATENCIÓN', 'TIPO DE ATENCIÓN', and 'RESULTADO'. The form is filled with handwritten text and signatures.

The bottom photograph shows the same form, but with a grid for recording data. The grid has columns for 'NOMBRE', 'EDAD', 'SEXO', 'FECHA DE NACIMIENTO', 'NOMBRE DEL SERVIDOR', 'FECHA DE ATENCIÓN', 'TIPO DE ATENCIÓN', and 'RESULTADO'. The grid is filled with handwritten data.

5. Realizar tres (03) jornadas de sensibilización en la vigencia del contrato, sobre temas relacionados con autocuidado, salud mental y envejecimiento activo, a los adultos mayores beneficiarios del programa..	No se realizó esta actividad para este mes.
6. Llevar el registro de la ejecución y seguimiento de plan de atención gerontológico, mediante informes, del programa de adulto mayor.	6.1 Realice seguimiento al plan de atención gerontológico de Fundación Municipalidad con los adultos mayores beneficiarios en el mes de Mayo, en el seguimiento se evidencio alteración en sus determinantes de salud integral que están impactando negativamente su adecuado desarrollo dentro del grupo, estos fueron referidos por parte de las persona mayores voluntariamente y otros identificados durante el desarrollo de las asesorías gerontológicas. Es fundamental identificar y analizar tanto las causas externas como internas que podrían estar perturbando su convivencia y su relación con el entorno. Este proceso es esencial para generar acciones de mejora efectivas en el plan de cuidado y que promuevan un ambiente más armonioso y un mejor ajuste al programa de Adulto mayor ofrecido por el operador. El soporte reposa en el DRIVE Obligación 6.1<u>EVIDENCIAS</u>

7. Apoyar a la Secretaría de Desarrollo Social en la organización, ejecución, seguimiento, y acompañamiento de actividades como eventos, encuentros, reuniones, asambleas, y/o agendas dirigidas a los adultos mayores.	7.1 Realice un cronograma de programación de todas las actividades a impartir, se actualizo de manera semanal y se envió a la Coordinadora del Programa de manera Semanal para que tuvieran conocimiento de estas actividades. El soporte reposa en el DRIVE Obligación 7.1 <u>EVIDENCIAS</u> 7.2 Realice seguimiento a los diferentes grupos y se socializaron con la Coordinadora del Programa via whatsapp y en las reuniones presenciales.El soporte reposa en el DRIVE Obligación 7.2 <u>EVIDENCIAS</u> 7.3 Diligencie formato de Lista de Chequeo de Entrega de Paquete alimentario en la Modalidad en punto de atención: Salón Comunal Calatrava (19-05-2025) Salón Comunal Rosario (20-05-2025) y Casa día Fagua (21-05-2025) se entregaron los formatos físicos a la Coordinadora del Programa. El soporte reposa en el DRIVE Obligación 7.3 <u>EVIDENCIAS</u> 7.4 Atendí a la ciudadanía de chía en punto de atención: Oficina de Desarrollo Social, se realizó, se recepcionaron solicitudes de: inscripciones, notificación de solicitudes vía WhatsApp y se diligencio el respectivo listado físico y link los días 29 de Mayo y 3 de junio. El soporte reposa en el DRIVE Obligación 7.4<u>EVIDENCIAS</u>
--	---

	 
9. Todas las demás actividades que se asignen en desarrollo de su objetivo contractual previa asignación de la supervisión	9.1 Realice llamadas telefónicas y asignación de horario de 5 visitas Domiciliarias asignadas por la Secretaria de Desarrollo Social (E) a personas mayores, a su vez el respectivo diligenciamiento de Valoración Socioeconómica Familiar Trabajo Social y el informe de concepto Gerontológico, se entregaron los formatos físicos a la Coordinadora del Programa y se enviaron vía E-mail a la Secretaria de Desarrollo Social (E) y la Coordinadora del programa. El soporte reposa en el DRIVE Obligación 9.1 <u>EVIDENCIAS</u> 9.2 Recogí, entregue y diligencie el listado de registro de asistencia de la entrega de KITS escolares, a su vez se recogieron las diferentes inquietudes de los participantes del programa de Alfabetización y se entregó a la Coordinadora del Programa. El soporte reposa en el DRIVE Obligación 9.2 <u>EVIDENCIAS</u>



Paula Miana Díaz Gómez

PAULA MIENA DIAZ GOMEZ

CC.1026555307

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	102655307	PAULA MILENA DIAZ GOMEZ		cl 55 80 54 bloque 7 apt 228	9240253	paulagomez2005@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			ANTIOQUIA	MEDELLÍN	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	04/06/2025	86710169	\$780.200	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	336.000	0		0		0	0	0	0	336.000	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	430.100	0	0	0	0	0	0		430.100	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	14.100				14.100	0	0	14.100			141	14.100	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
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	336.000	336.000
Pensión	1	430.100	430.100
Riesgos Laborales	1	14.100	14.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	780.200	780.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026555307	PAULA MILENA DIAZ GOMEZ		cl 55 80 54 bloque 7 apt 228	9240253	paulagomez2005@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			ANTIOQUIA	MEDELLÍN	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

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
2025-05	2025-05	I	04/06/2025	86710169	\$780.200
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	DA	DA	APP	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1026555307	DÍAZ GÓMEZ PAULA MILENA	59	0		N																		25-14	2.688.000	430.100	0	0	0	0	EPS002	2.688.000	336.000	14-11	2.688.000	1	14.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Certificado Bancario

Lunes, 18 de marzo de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que PAULA MILENA DIAZ GOMEZ identificado(a) con CC 1026555307, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	00900000279	2020/01/20	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141137573741			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1026553073				6. DV 3		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 102655307		27. Fecha expedición	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		001	
31. Primer apellido DIAZ		32. Segundo apellido GOMEZ		33. Primer nombre PAULA		34. Otros nombres MILENA	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Cundinamarca		40. Ciudad/Municipio Chía		175	
41. Dirección principal CL 19 9 50							
42. Correo electrónico paulagomez2005@gmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3124565089			
45. Teléfono 2							
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8810	47. Fecha inicio actividad 2011125	48. Código 8299	49. Fecha inicio actividad 2011125	50. Código 1	2	51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 549							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
49 - No responsable de IVA							
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 - 10 - 16 / 21 : 49: 00	
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 DIAZ GOMEZ PAULA MILENA			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			

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

Yo PAULA MILENA DIAZ GOMEZ identificada con cédula de ciudadanía No. 1.026.555.307

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 10 días del mes de marzo de la vigencia 2025.

FIRMA:

