

INFORME DE CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

Número del Contrato:	CO1.PCCNTR.6701884		
Objeto del Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN ACTIVIDADES DE ZONOSIS EN CANINOS Y FELINOS DEL MUNICIPIO DE CHIA.		
Contratista:	María Paula Maldonado Cabra		
No. de Cedula	1.072.667.445		
Fecha Inicio del Contrato	31/08/2024	Fecha de Terminación	30/12/2024
Periodo del Informe	01/10/2024 – 30/10/2024		

DOCUMENTO SOPORTE DE PAGO	
Valor total del Contrato	\$ 11.800.000
Valor a Pagar en este periodo	\$ 3.000.000
Saldo por Pagar	\$ 5.800.000
Pago No.	2

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
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	\$ 3.000.000	31/08/2024 – 30/12/2024
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	4569705601	Septiembre	\$ 163.400
Pensión			\$ 209.100
ARL			\$ 13.700

En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato No. CO1.PCCNTR.6701884 me permito relacionar **las actividades ejecutadas** durante el periodo DOS (2) ENTRE 01/10/2024 AL 30/10/2024, en mi condición de contratista conforme a lo siguiente:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS
1. Apoyar el mantenimiento de los caninos y felinos, brindándoles condiciones de bienestar: alimento, agua, paseos diarios; acatando las indicaciones del supervisor del contrato delegado por el Municipio de Chía. Presentar soporte evidencias fotográficas.	Todos los días se dan paseos a cada uno de los caninos que se encuentran en el Albergue, una en la mañana y otra en la tarde, de igual manera se suministra diariamente dos raciones de alimento de acuerdo al peso de cada animal y se deja agua fresca a disposición. * 25/10/24 Se bañaron todos los caninos que se encuentran en el Albergue.

2. Apoyar en los días requeridos por la Dirección de Vigilancia y Control, los procesos de limpieza y desinfección de instalaciones, equipos, materiales y utensilios del albergue canino y semanalmente o cuando se requiera de los materiales y utensilios del programa de zoonosis.	Todos los Sábados, Domingos y días festivos se realiza limpieza y desinfección a los caniles y guacales. Adicional los días solicitados se realiza la misma limpieza y desinfección: * Lunes 07/10/24 *Lunes 21/10/24 * Viernes 25/10/24
3. Apoyar las actividades de recepción y entrega de las mascotas que se encuentren o ingresen al albergue canino y felino temporal del Municipio de Chia, controlando las planillas, dicha actividad se realizará previa autorización de la Dirección de Vigilancia y Control de la secretaria de Salud. Presentar soporte mensual de la recepción y entrega (planillas) de mascotas.	* 03/10/24 Adopción Toño * 09/10/24 Adopción Morita * 10/10/24 Ingreso Michi al albergue * 11/10/24 Adopción Zeus * 20/10/24 Ingreso 6 cachorras al albergue * 21/10/24 Ingreso Tony al albergue * 23/10/24 Adopción 4 cachorras * 26/10/24 Ingreso Rhodesian al albergue * 26/10/24 Adopción 2 cachorras
4. Apoyar en el seguimiento de los animales entregados en adopción del albergue municipal, verificando el cumplimiento de la Ley 1774 de 2016, según lo establecido de manera conjunta con el supervisor.	Se hace seguimiento a los animales dados en adopción
5. Mantener informado oportunamente al supervisor del contrato del cualquier alteración corporal y/o de estado anímico de los animales que se encuentren en el albergue. Presentar soporte de reporte y seguimiento al animal.	OSO 27/10/24 Gentamicina solución oftálmica 1 gota en cada ojo por 5 días.
6. Apoyar el buen manejo de los insumos y herramientas del albergue con la finalidad de darle un uso adecuado	Se llena formato cada vez que se abre o termina algún insumo, dejando constancia de cuantos quedan.
7. Apoyar el protocolo de prevención integral contra la rabia, en el programa de seguimiento de animal agresor. A demanda de la Dirección de Vigilancia y Control.	Todos los días se revisa el correo destinado para este fin, se hace contacto telefónico con la persona agredida para verificar que el animal agresor se encuentre en el Municipio y de esta manera repartir cada caso entre los Veterinarios encargados del seguimiento. En caso de que el animal agresor se encuentre en otro Municipio se reenvía el caso al lugar correspondiente.
8. Realizar actividades de apoyo en el proceso de inscripción de ejemplares al censo de caninos de manejo especial.	Todos los días se revisa plataforma.
9. Apoyar las actividades de promoción de la adopción de los animales y sensibilización de la comunidad en cuanto a tenencia responsable de animales y bienestar animal y demás	26/10/24 Jornada de adopción en Plaza Mayor Divulgación en redes sociales.

actividades que se desarrollen con los animales del Albergue.	
10. Apoyar la estrategia de gestión integral de zoonosis, según lo establecido de manera conjunta con el supervisor.	* 16/10/24 Se hace reunión para verificar avances y borrador de la estrategia de gestión integral
11. Apoyar el registro de vacunación antirrábica en el SURVEY, o el sistema que defina la Gobernación de Cundinamarca, según lo establecido de manera conjunta con el supervisor.	* 02/10/24 Vacunación y desparasitación Mi buen amigo Chan
12. Apoyar las campañas de tenencia responsable de caninos, felinos y prevención de zoonosis según lo establecido de manera conjunta con el supervisor.	* 02/10/24 Vacunación y desparasitación Mi buen amigo Chan
13. Apoyar el archivo de los documentos generados del programa de zoonosis, según establecido de manera conjunta con el supervisor.	* 04/10/24 Se realiza archivo del programa de zoonosis
14. Apoyar las actividades que se generen dentro de la Secretaría de Salud relacionadas a la injerencia de su contrato que se puedan presentar en el tiempo de ejecución del contrato por parte de la secretaria de Salud. Presentar informe y registro fotográfico del apoyo a las actividades.	• 26/10/24 Jornada de adopción en Plaza Mayor • 02/10/24 Vacunación y desparasitación Mi buen amigo Chan

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.

EVIDENCIA

1.



2.

[illegible][illegible]

 **GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS**

Señor/a _____

Remito a usted el ejemplar de la presente para su adquisición a las _____ horas del día _____ de _____ de 2012 en _____

Alfonso
Alfonso
Ejecutivo de Ventas

Alfonso
Alfonso
Ejecutivo de Ventas

En representación del Gobierno del Estado

Carretera 100W y 100E, # Cucho
P.O. Box 444 La 100-100 2801
San Cristóbal de las Casas
www.gob-portal.gub.mx



 **-CHIA-**

Se certifica que el/los interesado/s en el presente documento se ha/s adaptado/s por _____ años del
del día 17/11/2017, en 1714, en 1714.

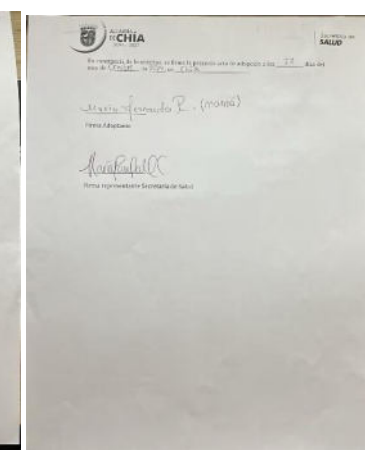
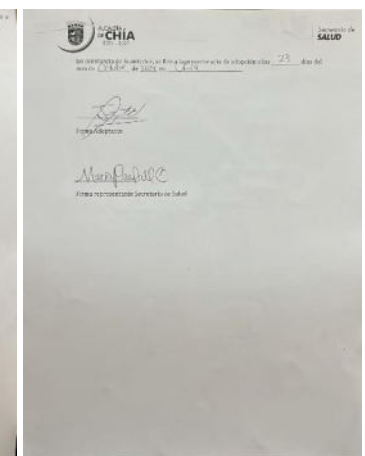
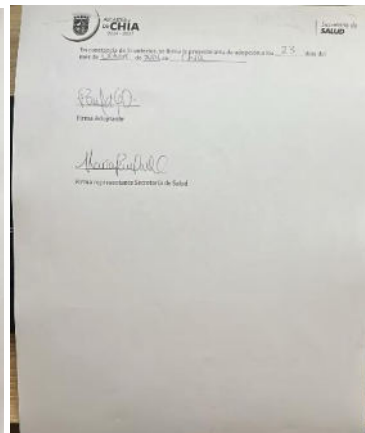

Firma del Director General

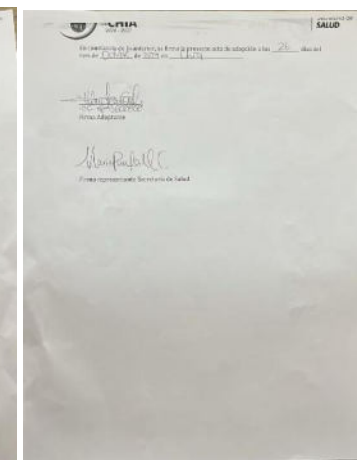
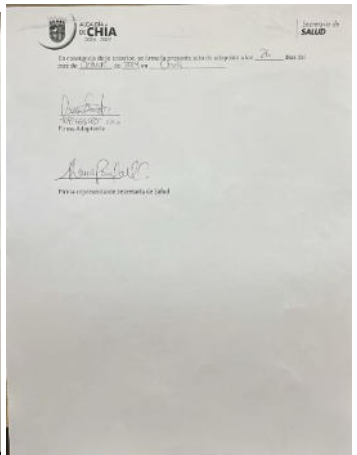
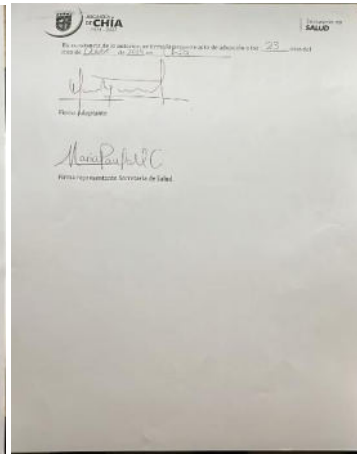

Firma del representante del Secretario de Salud



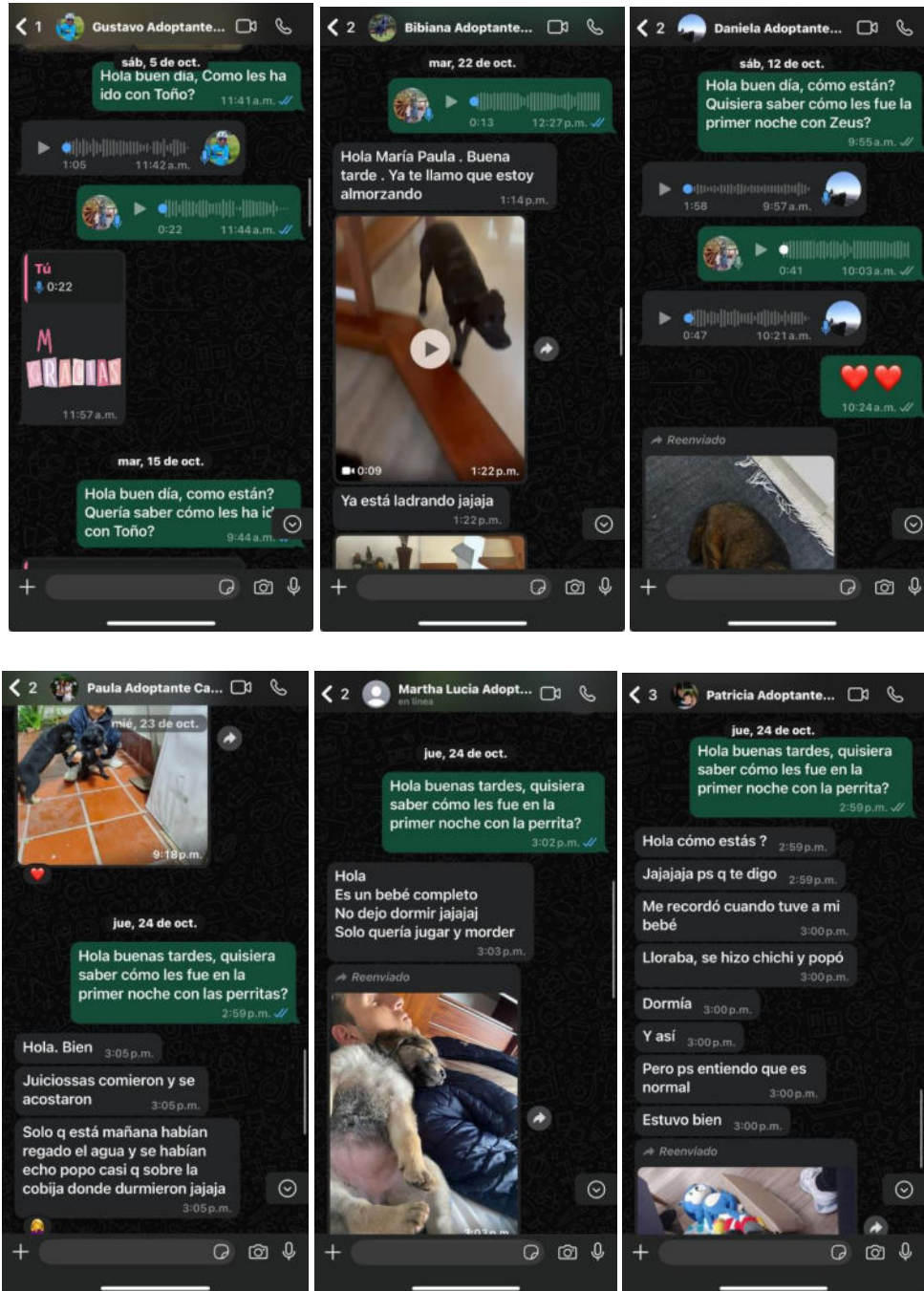
Quinta TRAMITACIÓN al Gobierno
del día del 2017-2017
del 2017-2017
del 2017-2017

[illegible]

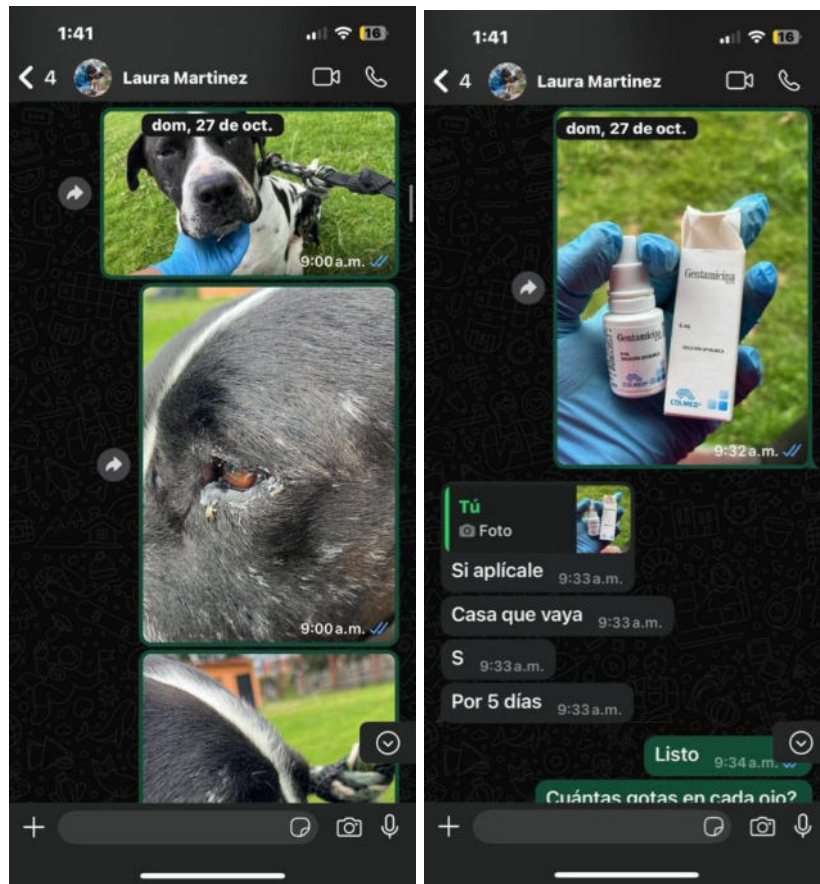




4.



5.



Jornada de adopción plaza mayor





PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072667445
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	MARIA PAULA MALDONADO CABRA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIA DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CAR 8 A 16 45 TELEFONO:	8841181
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4569705601	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:
DÍAS DE MORA:	7	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/10/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:
		4101760429

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
LIQUIDACIÓN GENERAL																
													TOTALES			
													COTIZANTES	TOTAL PAGADO		
PENSIÓN																
ADMINISTRADORA																
NIT	CÓDIGO		NOMBRE													
800227940	231001		231001-COLFONDOS										1	\$ 209.100		
SUBTOTAL:													1	\$ 209.100		
SALUD																
ADMINISTRADORA																
NIT	CÓDIGO		NOMBRE													
860066942	EPS008		EPS008-COMPENSAR										1	\$ 163.400		
SUBTOTAL:													1	\$ 163.400		
RIESGOS PROFESIONALES																
ADMINISTRADORA																
NIT	CÓDIGO		NOMBRE													
890903790	14-11		14-11 - ARL SURA										1	\$ 13.700		
SUBTOTAL:													1	\$ 13.700		

VALOR SIN MORA:	\$ 384.100
VALOR MORA:	\$ 2.100
TOTAL PAGADO:	\$ 386.200



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

Yo, María Paula Maldonado Cabra identificado con cédula de ciudadanía No. 1072667445, 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 06 del mes de Noviembre de la vigencia 2024.

FIRMA: María Paula Maldonado Cabra

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