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

Número del Contrato:	CO1.PCCNTR.7358352		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, DE FORMACIÓN, EVALUACIÓN Y SOCIALIZACIÓN PERMANENTE DE PLANES DE MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR Y EL PROCESO DE VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO.		
Contratista:	CAROLINA PAREDES CRUZ		
No. de Cedula	1.072.641.031		
Fecha Inicio del Contrato	03 de febrero de 2025	Fecha de Terminación	02 de octubre de 2025
Periodo del Informe	03 de febrero – al 2 marzo de 2025		

DOCUMENTO SOPORTE DE PAGO	
Valor total del Contrato	$40.320.000
Valor a Pagar en este periodo	$5.040.000
Saldo por Pagar	$35.280.000
Pago No.	1

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	4592915913	Febrero	$251.000
Pensión			$321.300
ARL			$10.500
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	4593808193	Febrero	$1.000
Pensión			$1.300
ARL			$100

En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato No.CO1.PCCNTR.7358352, me permito relacionar **<u>las actividades ejecutadas</u>** durante el periodo **<u>FEBRERO</u>**, en mi condición de contratista conforme a lo siguiente:

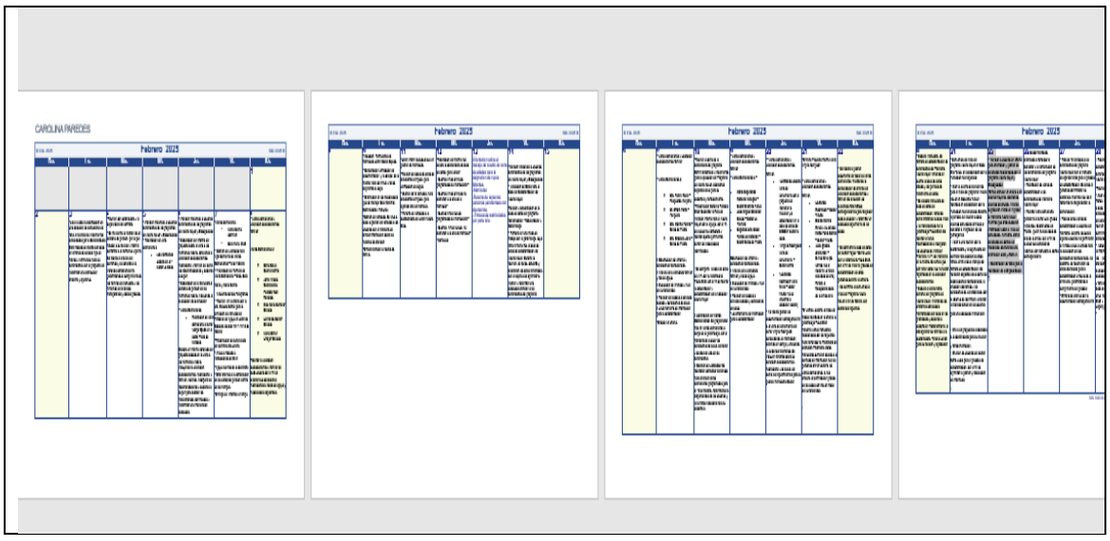
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

1. Realizar apoyo, seguimiento y fortalecimiento a los procesos psicosociales que se presentan en los entornos de las diferentes modalidades del programa de adulto mayor	1.1 Elaboré el cronograma semanal que incluye las diferentes actividades. El soporte reposa en el drive 1.1 Obligación 1.2 Realicé 19 visitas domiciliarias a los usuarios del programa de Adulto Mayor. EL soporte 3 visitas reposa en archivo de la dirección de acción social. Blanca Marina Reyes, Marco Tulio Bernal, Virgilio Rodríguez y los 16 restantes el soporte reposa en el drive 1.2 Obligación 1.3 Actualicé la base de datos con la información recopilada durante las visitas domiciliarias. El soporte reposa en el siguiente link https://docs.google.com/spreadsheets/d/194cRe707slNkXO-0WWqg1XbsFQ9dGzmt/edit?gid=1766536983#gid=1766536983 1.4 Realicé cinco visitas de caracterización a usuarios del programa Adulto Mayor en la modalidad Casa Día Fagua. El soporte reposa en el drive 1.4 Obligación
2. Realizar talleres de socialización en rutas de atención de violencia y vulneración de derechos de los adultos mayores	2.1 Compartí y socialicé la propuesta de la Ruta de Atención Interna para el Adulto Mayor con el equipo de trabajo, la coordinadora del programa, Tatiana López, y la gerontóloga, Paula Díaz.". El soporte reposa en el drive 2. Obligación
3. Realizar talleres con la población de adultos mayores sobre el envejecimiento y vejez e implementar acciones sobre envejecimiento saludable en la población objeto del contrato.	3.1 Esta obligación se encuentra en etapa de planeación, ya que los talleres iniciarán en el programa a partir del 3 de marzo. Por lo anterior, se elaboró una ficha técnica con el propósito de fortalecer el objetivo del taller a impartir, así como una presentación en power point. El soporte reposa en el drive 3. Obligación
4. Identificar y realizar informe de las necesidades e intereses de la población adulto mayor beneficiaria de los programas, determinando las acciones de mejora para la atención integral de la población	4.1 Realicé un informe basado en las visitas domiciliarias realizadas, considerando diversas necesidades y situaciones que afectan el bienestar de los beneficiarios. El soporte reposa en el drive 4. Obligación
5. Apoyar a la secretaría de desarrollo social en la organización, ejecución, seguimiento y	5.1 Brindé atención en oficina a 48 adultos mayores, atendiendo diversas solicitudes. El soporte reposa en el drive 5.1 Obligación 5.2 Realicé la clasificación de una selección de donaciones de ropa, siguiendo los lineamientos establecidos por la Gestora Social. El soporte fotográfico reposa en el drive 5.2 Obligación

acompañamiento de actividades como eventos, encuentros, asambleas, y/o agendas según se requiera a fin de dar impulso al programa y los proyectos dirigidos a los adultos mayores.	5.3 Asistí al evento de bienvenida para el inicio del programa "Adulto Mayor en Casa Día Fagua", realizado en colaboración con la Fundación Municipalidad. El soporte fotográfico reposa en el drive 5.3 Obligación 5.4 Se brindó apoyo en el proceso de matrículas en el Jardín Social Bojacá, realizando gestión de llamadas, orientación sobre la información, verificación de requisitos y diligenciamiento de formularios, durante el periodo comprendido del 10 al 14 de febrero. El soporte fotográfico reposa en el drive 5.4 Obligación
6. Proyectar respuesta a los diferentes requerimientos y derechos de petición que le sean asignados por el supervisor del contrato y que se deriven del objeto contractual.	6.1 Realicé visitas domiciliarias y elaboré el informe social en respuesta a la solicitud de petición. El soporte reposa en archivo de la dirección de acción social 6. Obligación
7. Asistir a las reuniones, comités y/o jornadas, capacitaciones o talleres que le sean asignados desde la secretaría de desarrollo social en relación con la población de adultos mayores del Municipio de Chía.	7.1 Asistí a las diferentes reuniones programadas durante el mes de febrero. El soporte reposa en el drive 7.1 Obligación 7.2 Recibí capacitación el 10 de febrero sobre la verificación de documentación y la calidad de la misma en el proceso de matrículas en el Jardín Social Bojacá, dirigida a los niños y padres aspirantes a un cupo. El soporte reposa en el drive 7.2 Obligación

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

1.



1.

23	ATENCION PRIORITARIA	CASTELBLANCO	PEDROZA	JOSE	IGNACIO
35	ATENCION PRIORITARIA	CASTRILLON	OSORIO	MARIA	EDILMA
31	ATENCION PRIORITARIA	DIAZ	GONZALEZ	SARA	MARIA
71	ATENCION PRIORITARIA	FORERO	CRUZ	MARINA	
39	ATENCION PRIORITARIA	GAITAN		HERNANDO	
38	ATENCION PRIORITARIA	GALVIS	CASTILLO	SOFIA	
43	ATENCION PRIORITARIA	HERNANDEZ		GLORIA	
30	ATENCION PRIORITARIA	JOYA		GRACIELA	
33	ATENCION PRIORITARIA	MENDOZA	ALFONSO	SOLEDAD	
36	ATENCION PRIORITARIA	MOLANO	CANTOR	JOSE	IGNACIO
32	ATENCION PRIORITARIA	MUÑOZ	LEON	DORA	ALICIA
38	ATENCION PRIORITARIA	OJEDA	ORTEGA	JORGE	ENRIQUE

1.

08/02/2025	BUITRAGO	SILIA	ELSA	MARIA	CC	20468737	03/01/1973	EL COCUY BOYACA	3202347
21/02/2025	CASTELBLANCO	PEDROZA	JOSE	IGNACIO	CC	17039765	06/07/1962	SORACA	3143043
07/02/2025	CASTRILLON	OSORIO	MARIA	EDILMA	CC	34041737	17/01/1976	AGUADAS CALDAS	3224121
07/02/2025	DIAZ	GONZALEZ	SARA	MARIA	CC	41521161	16/04/1973	PACHO	3103009
24/02/2025	FORERO	CRUZ	MARINA		CC	20468845	23/05/1973	VILLAVICENCIO	3203042
25/02/2025	GAITAN		HERNANDO		CC	455243	01/09/1964	BIOTA	3114485
26/02/2025	GALVIS	CASTILLO	SOFIA		CC	41411138	24/07/1969	BOGOTA	3165712
28/02/2025	JOYA		GRACIELA		CC	23542282	29/05/1964	DUITAMA BOYACA	3228617
02/03/2025	MOLANO	CANTOR	JOSE	IGNACIO	CC	2993907	19/09/1977	CHIA	3186292
04/03/2025	OJEDA	ORTEGA	JORGE	ENRIQUE	CC	8699282	04/08/1978	BOGOTA	3245886
17/02/2025	PARRA	FORERO	EFRAIN		CC	2914817	07/12/1959	MALAGA	3213379

1.

INFORME ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO A CASO

Fecha de visita: 12 de noviembre de 2024
Fecha del informe: 29 de noviembre de 2024

1. **DATOS DEL ENTREVISTADOR**

Carolina Paredes, profesional contratista-Dirección de acción social

2. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL (LA) POSIBLE BENEFICIARIO (A)**

Nombre: Virgilio Rodríguez
Cédula: 16.660.914
Dirección: Barrio San Luis # 12-71
EPS: Famisanar- Subsidiado

3. **METODOLOGÍA**

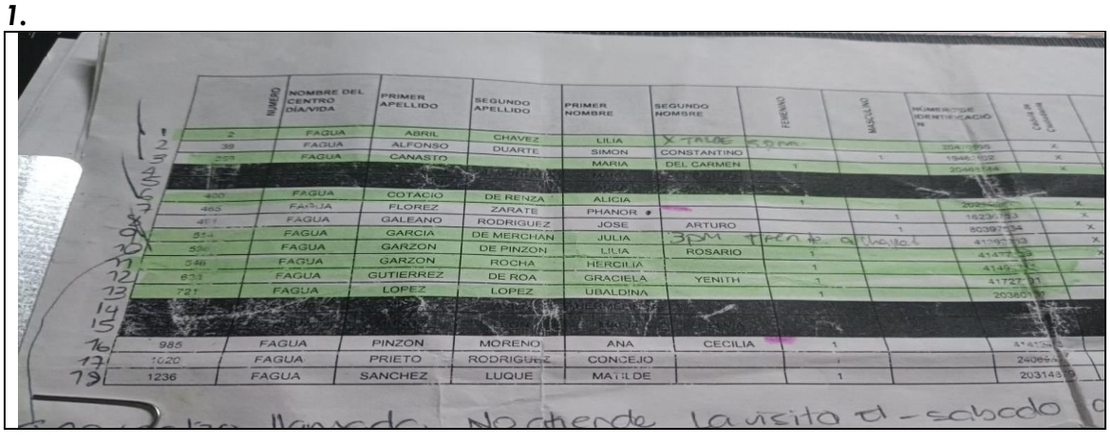
Se realiza visita domiciliaria sin previo aviso, se utilizan técnicas de observación participante y entrevista semiestructurada

4. **DESARROLLO**

4.1 Objetivo de la visita:

Evaluar las condiciones socioeconómicas, habitacionales y familiares del señor Virgilio Rodríguez, con el fin de analizar su situación actual y grado de vulnerabilidad

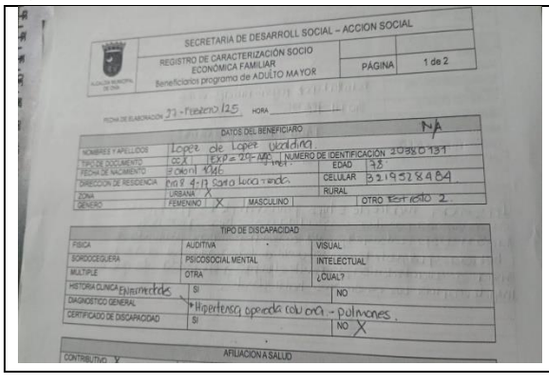
1.



NUMERO	NOMBRE DEL CENTRO DÍA/VIDA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FEMENINO	MASCULINO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de Ciudadanía
2	FAGUA	ABRIL	CHAVEZ	LILIA	X TALDE	5pm		[illegible]	X
39	FAGUA	ALFONSO	DUARTE	SIMON	CONSTANTINO		1	[illegible]	X
[illegible]	FAGUA	CANASTO		MARIA	DEL CARMEN	1		[illegible]	X
[illegible]									
400	FAGUA	COTACIO	DE RENZA	ALICIA		1		[illegible]	X
465	FAGUA	FLOREZ	ZARATE	PHANOR			1	[illegible]	X
[illegible]	FAGUA	GALEANO	RODRIGUEZ	JOSE	ARTURO		1	[illegible]	X
514	FAGUA	GARCIA	DE MERCHAN	JULIA	3pm frente al chalet			[illegible]	X
536	FAGUA	GARZON	DE PINZON	LILIA	ROSARIO	1		[illegible]	X
546	FAGUA	GARZON	ROCHA	HERCILIA		1		[illegible]	
633	FAGUA	GUTIERREZ	DE ROA	GRACIELA	YENITH	1		[illegible]	
721	FAGUA	LOPEZ	LOPEZ	UBALDINA		1		[illegible]	
[illegible]									
985	FAGUA	PINZON	MORENO	ANA	CECILIA	1		[illegible]	
1020	FAGUA	PRIETO	RODRIGUEZ	CONCEJO		1		[illegible]	
1236	FAGUA	SANCHEZ	LUQUE	MATILDE		1		[illegible]	

No atiende la visita el sabado

1.7



SECRETARIA DE DESARROLL SOCIAL – ACCION SOCIAL
REGISTRO DE CARACTERIZACIÓN SOCIO ECONÓMICA FAMILIAR
Beneficiarios programa de ADULTO MAYOR
PÁGINA 1 de 2

FECHA DE ELABORACIÓN 27 - Febrero 125 HORA

DATOS DEL BENEFICIARIO NA

NOMBRES Y APELLIDOS	Lopez de Lopez Ubaldina		
TIPO DE DOCUMENTO	CC X EXP = 29-Mar	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	20380131
FECHA DE NACIMIENTO	7 Abril 1946	EDAD	78
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cra 8 4-17 Sala Luca Tienda	CELULAR	3219528484
ZONA	URBANA X	RURAL	
GENERO	FEMENINO X MASCULINO	OTRO	Estrato 2

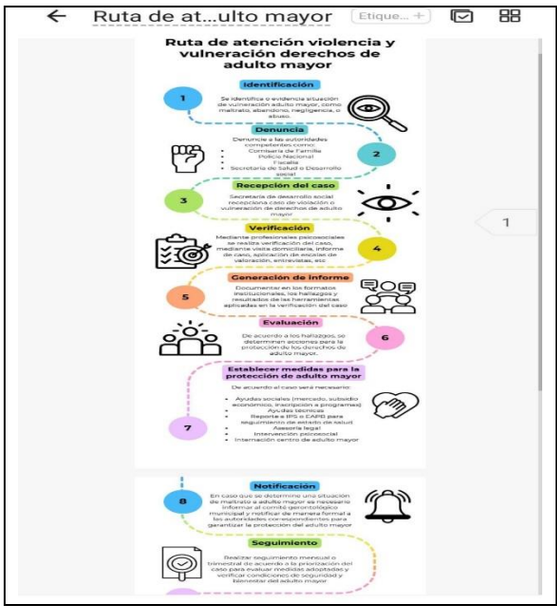
TIPO DE DISCAPACIDAD

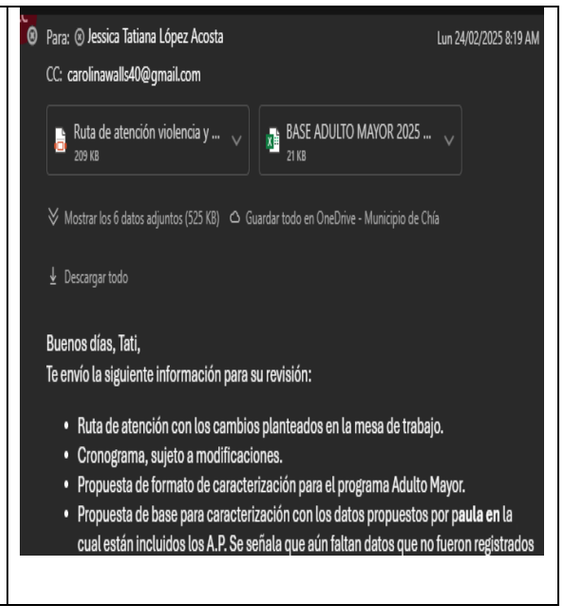
FISICA	AUDITIVA	VISUAL
SORDOCEGUERA	PSICOSOCIAL MENTAL	INTELECTUAL
MULTIPLE	OTRA	¿CUAL?
HISTORIA CLINICA Enfermedades	SI	NO
DIAGNOSTICO GENERAL	Hipertensa operada columna - pulmones	
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD	SI	NO X

AFILIACION A SALUD
CONTRIBUTIVO X

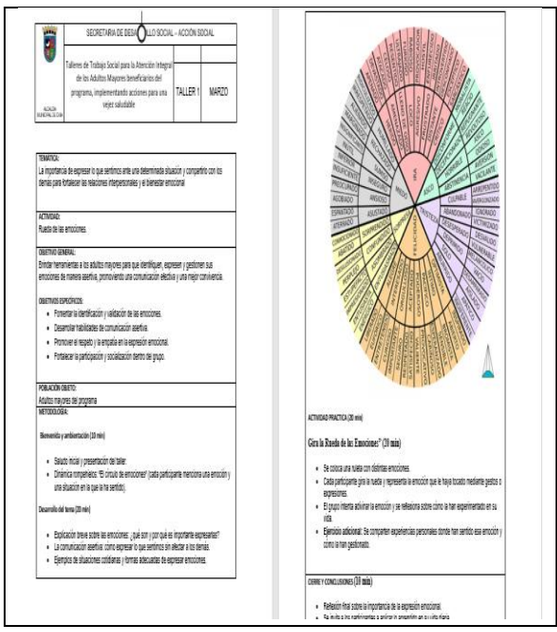
2.

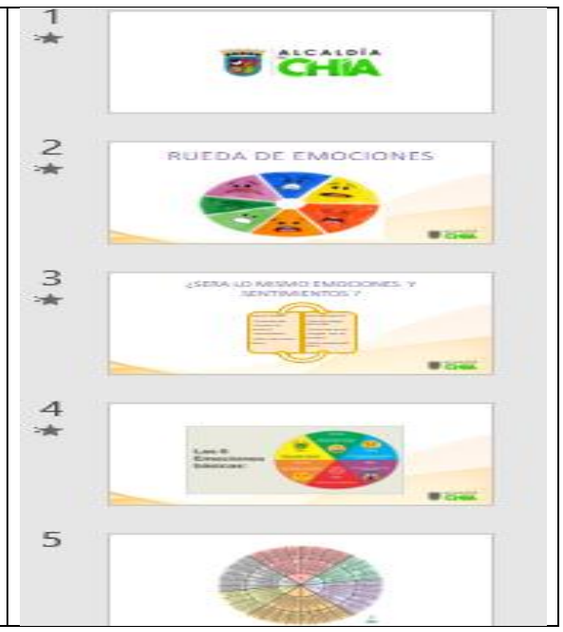
2.


Ruta de at...ulto mayor
Etique...
Ruta de atención violencia y vulneración derechos de adulto mayor
Identificación
Denuncia
Recepción del caso
Verificación
Generación de informe
Evaluación
Establecer medidas para la protección de adulto mayor
Notificación
Seguimiento


Para: Jessica Tatiana López Acosta
Lun 24/02/2025 8:19 AM
CC: carolinawalls40@gmail.com
Ruta de atención violencia y ...
209 KB
BASE ADULTO MAYOR 2025 ...
21 KB
Mostrar los 6 datos adjuntos (525 KB)
Guardar todo en OneDrive - Municipio de Chía
Descargar todo
Buenos días, Tati,
Te envío la siguiente información para su revisión:
Ruta de atención con los cambios planteados en la mesa de trabajo.
Cronograma, sujeto a modificaciones.
Propuesta de formato de caracterización para el programa Adulto Mayor.
Propuesta de base para caracterización con los datos propuestos por paula en la cual están incluidos los A.P. Se señala que aún faltan datos que no fueron registrados

3.


SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL - ACCIÓN SOCIAL
TALLER 1
MARZO
ACTIVIDAD PRÁCTICA (30 min)
Gira la Rueda de las Emociones" (30 min)
CIERRE Y CONCLUSIONES (30 min)


1
ALCALDÍA CHÍA
2
RUEDA DE EMOCIONES
3
¿SERÁ LO MISMO EMOCIONES Y SENTIMIENTOS?
4
5

4.1

INFORME DE NOVEDADES INTERESES DEL PROGRAMA ADULTO MAYOR

Fecha: 1 de marzo del 2025
Lugar: Dirección de acción Social, Programa de Adulto Mayor
Elaborado por: Carolina Paredes, profesional universitario contratista

INTRODUCCIÓN

En el marco del seguimiento realizado durante el mes de febrero a las visitas domiciliarias de los usuarios del Programa Adulto Mayor de la Alcaldía Municipal de Chía, se identificaron diversas necesidades y situaciones que afectan el bienestar de los beneficiarios. Este informe tiene como objetivo detallar dichas necesidades, analizar las problemáticas detectadas y proponer recomendaciones orientadas a mejorar la calidad del servicio ofrecido, fortaleciendo la experiencia y bienestar de la población adulta mayor.

METODOLOGÍA

Para la recolección de información, se realizaron visitas domiciliarias a los beneficiarios del programa, con el fin de observar sus condiciones de vida, identificar factores de vulnerabilidad y registrar sus percepciones sobre el servicio. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas y observación directa para la caracterización de los usuarios.

NOVEDADES DETECTADAS

1. **Retrasos en el inicio del programa y su impacto en la población vulnerable:** Se identificó que los adultos mayores vinculados a la modalidad de Atención Prioritaria manifestaron dificultades económicas debido a la interrupción del programa entre el 10 de diciembre de 2024 y el 24 de enero de 2025. Durante este periodo, algunos beneficiarios no cuentan con recursos suficientes para suplir sus necesidades básicas, incluyendo la alimentación, lo que agudiza su situación de vulnerabilidad. Se recomienda evaluar la posibilidad de implementar estrategias de apoyo durante este lapso, como la entrega de ayudas alimentarias o subsidios transitorios.
2. **Impacto del programa en la socialización de los beneficiarios:** Se evidenció que, para muchos de los usuarios, el programa representa su principal espacio de socialización. Sin embargo, la interrupción temporal del servicio afecta significativamente su bienestar emocional, generando sentimientos de aislamiento y soledad. Para mitigar este impacto, se sugiere la implementación de talleres de inteligencia emocional y el fortalecimiento de actividades grupales que fomenten la interacción social.
3. **Desigualdad en la asignación de cupos en la modalidad normal del programa:** Durante las visitas de caracterización, se identificó que algunos usuarios de la modalidad normal del programa cuentan con estabilidad económica o ingresos elevados, lo que dificulta el acceso de personas en situación de vulnerabilidad. En este sentido, se recomienda la revisión de los criterios de ingreso y permanencia en el programa, estableciendo requisitos que prioricen a quienes se encuentran en mayor riesgo social. Asimismo, se sugiere evaluar la creación de un programa alternativo dirigido a adultos mayores con estabilidad económica, con el objetivo de ofrecerles espacios de socialización sin afectar la disponibilidad de cupos

Implementar estrategias de apoyo económico o alimentario durante los periodos en que el programa no se encuentra en funcionamiento, garantizando la cobertura de necesidades básicas de los beneficiarios más vulnerables.

- Diseñar e implementar talleres de inteligencia emocional para fortalecer el bienestar psicológico y emocional de los adultos mayores, promoviendo su participación social.
- Revisar y establecer criterios claros de ingreso y permanencia en el programa, asegurando que los cupos sean otorgados prioritariamente a personas en situación de vulnerabilidad.
- Crear un programa alternativo para adultos mayores con estabilidad económica, con el fin de ofrecer espacios de socialización adecuados sin afectar la disponibilidad de recursos para la población prioritaria.

CONCLUSIÓN

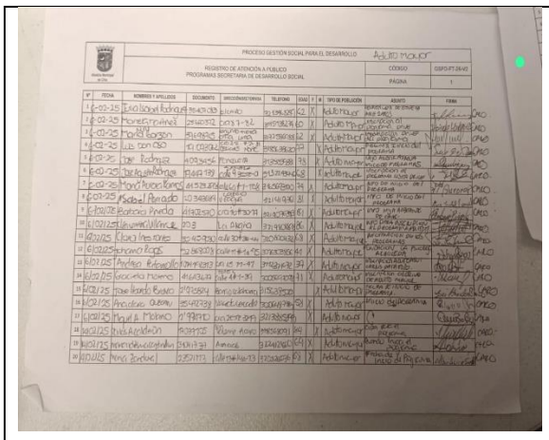
El seguimiento a las visitas domiciliarias permitió identificar problemáticas que requieren atención inmediata para garantizar el adecuado funcionamiento del Programa Adulto Mayor. La implementación de estrategias de apoyo y ajustes en los criterios de ingreso contribuirá a mejorar la equidad y calidad del servicio, asegurando que los recursos sean asignados de manera eficiente a quienes más los necesitan. Se recomienda continuar con el seguimiento periódico a los beneficiarios para evaluar el impacto de las mejoras propuestas y ajustar las estrategias según las necesidades identificadas.

Carolina Paredes Cruz

CAROLINA PAREDES
Profesional Universitario
Secretaría de Desarrollo Social – Dirección de Acción Social
Proyecto informe

5.

5.



5.

5.

6-

Chía, 7 de febrero de 2025 062-27-2025

Señores
Juzgado 02 Ejecución de penas Medidas de seguridad Circuito-Cundinamarca-Zipaquirá
j02epmszip@cendoj.ramajudicial.gov.co

Asunto: Respuesta solicitud de petición, radicado 20259999948019
Ref.: Correr traslado del informe social presentado en esta actuación a la alcaldía municipal de chía, para que de resultar procedente y conforme a sus competencias, realice realice estudio al hogar de los ciudadanos, Rosa Elvira Aldana (77 años) CC. 20.461.523, Leonor Aldana Sánchez (74 años) CC. 35.474.150, Guillermo Aldana (76 años) CC. 215.708 a fin de determinar si son beneficiarios de ayuda estatal.

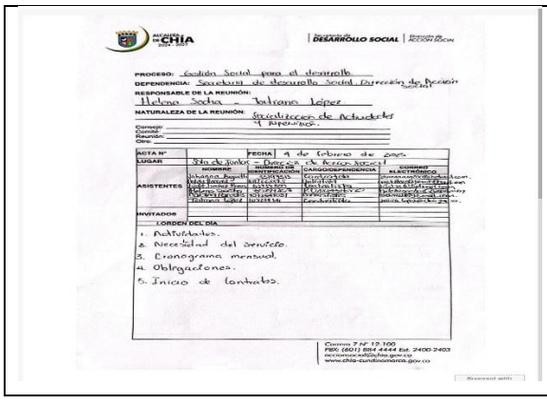
Cordial saludo.

De manera atenta, me permito dar respuesta a la solicitud de petición desde la misionalidad de la Dirección de Acción Social. Según el estudio social realizado, el grupo familiar conformado por Rosa Elvira Aldana (77 años), Leonor Aldana Sánchez (74 años) y Guillermo Aldana (76 años) presenta una situación de vulnerabilidad socioeconómica y de salud. Se evidenció que ninguno de los adultos mayores está registrado en el SISBÉN, lo cual restringe su acceso a programas estatales de asistencia. El hogar depende exclusivamente de la pensión del señor Guillermo Aldana ($1.200.000) y el subsidio del programa Colombia Mayor que recibe la señora Leonor Aldana ($80.000), ingresos insuficientes para cubrir sus necesidades básicas, incluyendo salud, alimentación y cuidados especiales.

En virtud de lo anterior, se informa que el grupo familiar ha sido identificado y priorizado por la Dirección de Acción Social para agilizar su acceso a programas sociales que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

Quedo atenta a cualquier requerimiento adicional

7.



PROCESO: Gestión Social para el desarrollo
DEPENDENCIA: Secretaría de desarrollo Social, Dirección de Acción Social
RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: Helena Sacha - Tatiana Lopez
NATURALEZA DE LA REUNIÓN: Socialización de Actividades del programa.

ACTA N°
FECHA: 9 de Febrero de 2025
LUGAR: Sala de Juntas - Dirección de Acción Social

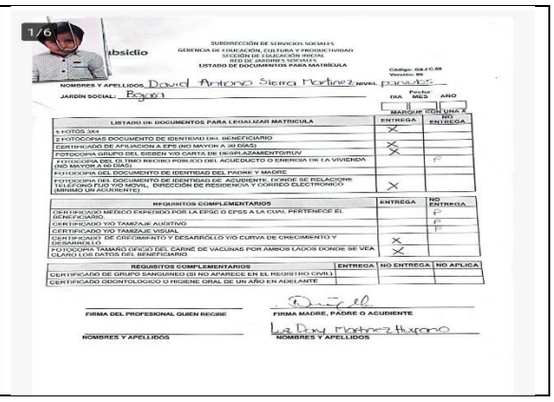
ASISTENTES	NOMBRE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	Johana Avella	[illegible]	Contratista	[illegible]
	Mariana [illegible]	[illegible]	Capital	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	Tatiana Lopez	[illegible]	Contratista	[illegible]

INVITADOS:

ORDEN DEL DÍA
1. Actividades.
2. Necesidad del barrio.
3. Cronograma mensual.
4. Obsequios.
5. Inicio de contratos.

Carrera 7 Nº 12-100
PBX: (601) 894 4444 Ext. 2400-2403
atencionciudadana@chia.gov.co
www.chia-cundinamarca.gov.co

7.



1/6

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES
GERENCIA DE EDUCACIÓN, CULTURA Y PRODUCTIVIDAD
SECCIÓN DE EDUCACIÓN INICIAL
RED DE JARDINES SOCIALES
LISTADO DE DOCUMENTOS PARA MATRÍCULA

Código: GEJ-C-68
Versión: 06

NOMBRES Y APELLIDOS: David Antonio Sierra Martinez NIVEL: párvulos
JARDÍN SOCIAL: Bogotá
Fecha: DÍA MES AÑO

LISTADO DE DOCUMENTOS PARA LEGALIZAR MATRICULA	ENTREGA	MARQUE CON UNA X SI ENTREGA
5 FOTOS 3X4	X	
2 FOTOCOPIAS DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL BENEFICIARIO	X	
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS (NO MAYOR A 30 DÍAS)	X	
FOTOCOPIA GRUPO DEL SISBÉN Y/O CARTA DE DESPLAZAMIENTO/RUV		
FOTOCOPIA DEL O LTIMO RECIBO PÚBLICO DEL ACUEDUCTO O ENERGÍA DE LA VIVIENDA (NO MAYOR A 60 DÍAS)		P
FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE Y MADRE		
FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE ACUDIENTE, DONDE SE RELACIONE: NOMBRE COMPLETO, DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Y CORREO ELECTRÓNICO (MÍNIMO UN ACUDIENTE)	X	

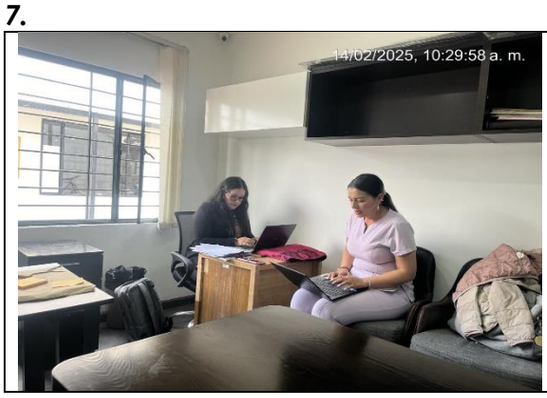
REQUISITOS COMPLEMENTARIOS	ENTREGA	NO ENTREGA
CERTIFICADO MÉDICO EXPEDIDO POR LA EPS/C O EPSS A LA CUAL PERTENECE EL BENEFICIARIO.		P
CERTIFICADO Y/O TAMIZAJE AUDITIVO		P
CERTIFICADO Y/O TAMIZAJE VISUAL		P
CERTIFICADO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y/O CURVA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	X	
FOTOCOPIA TAMAÑO OFICIO DEL CARNÉ DE VACUNAS POR AMBOS LADOS DONDE SE VEA CLARO LOS DATOS DEL BENEFICIARIO	X	

REQUISITOS COMPLEMENTARIOS	ENTREGA	NO ENTREGA	NO APLICA
CERTIFICADO DE GRUPO SANGUÍNEO (SI NO APARECE EN EL REGISTRO CIVIL)			
CERTIFICADO ODONTOLÓGICO O HIGIENE ORAL DE UN AÑO EN ADELANTE			

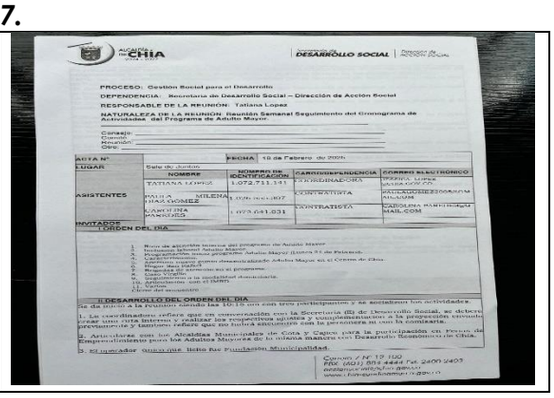
FIRMA DEL PROFESIONAL QUIEN RECIBE
NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA MADRE, PADRE O ACUDIENTE
Luz Dary Martinez Huerano
NOMBRES Y APELLIDOS

7.



7.



PROCESO: Gestión Social para el Desarrollo
DEPENDENCIA: Secretaría de Desarrollo Social – Dirección de Acción Social
RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: Tatiana Lopez
NATURALEZA DE LA REUNIÓN: Reunión Semanal Seguimiento del Cronograma de Actividades del Programa de Adulto Mayor.

Consejo:
Comité:
Reunión:
Otro:

ACTA N°
FECHA: 13 de Febrero de 2025
LUGAR: Sala de Juntas

ASISTENTES	NOMBRE	NOMBRE DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
	TATIANA LÓPEZ	1.072.751.141	COORDINADORA	[illegible]
	PAULA MILENA CHAVARRO GÓMEZ	1.026.[illegible]07	CONTRATISTA	[illegible]
	LAURA DINA PARRALES	1.073.681.831	CONTRATISTA	CAROLINA [illegible] MAIL.COM

INVITADOS:

I. ORDEN DEL DÍA
1. Rol de acuerdo técnico del programa de Adulto Mayor
2. Programa de Adulto Mayor (Lunes 17 de Febrero).
3. Capacitaciones.
4. Rol del adulto como desarrollador Adulto Mayor en el Centro de Día.
5. Roles del [illegible] en el programa.
6. Cierre Viaje.
7. Actividades en la sociedad democrática.
10. Adelantar con el DANE.
11. Varios.
(Hora de inicio)

II. DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA
Se da inicio a la Reunión siendo las 10:15 con una participantes y 4 acudientes los actividades.

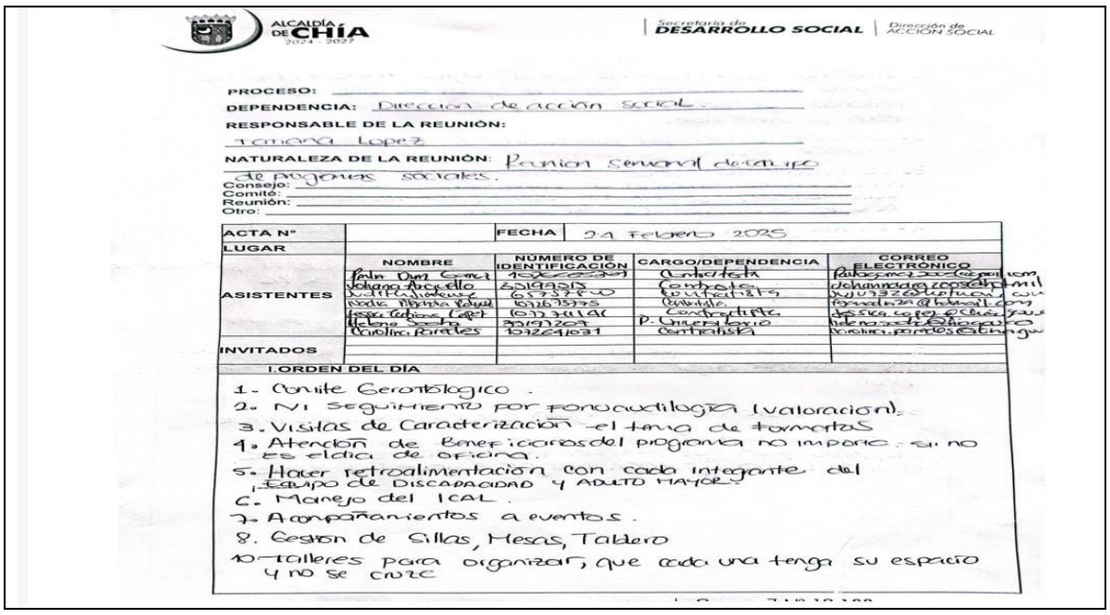
1. La coordinadora refiere que en conversación con la Secretaría de Desarrollo Social, se determina que no se cuenta con el recurso suficiente para la contratación con la persona en cuo la contratarla.

2. Articularse con los Alcaldías Municipales de Cota y Cajicá para la participación en Ferias de Emprendimiento para los Adultos Mayores de la misma manera con Desarrollo Económico de Chía.

3. El operador operativo, tiene la Fundación Municipalidad.

Carrera 7 Nº 12-100
PBX: (601) 894 4444 Ext. 2400-2403
atencionciudadana@chia.gov.co
www.chia-cundinamarca.gov.co

7.



ALCALDÍA DE CHÍA 2024 - 2027 | Secretaría de DESARROLLO SOCIAL | Dirección de ACCIÓN SOCIAL

PROCESO:

DEPENDENCIA: Direccion de accion social.

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: Tatiana Lopez

NATURALEZA DE LA REUNIÓN: Reunion semanal de equipo de programas sociales.

Consejo:
Comité:
Reunión:
Otro:

ACTA N°		FECHA	24 Febrero 2025
LUGAR			

	NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CARGO/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO
ASISTENTES	Paula Dani Gomez	1026[illegible]	Contratista	Paulagomez[illegible]@gmail.com
	Juliana Arguello	63199315	Contratista	Juliana[illegible]
	Judith Jimenez	65737840	Contratista	[illegible]
	Nadia Alejandra Pabuel	1072675775	Contratista	[illegible]
	Jessica Tatiana Lopez	1072711141	Contratista	[illegible]
	Helena Sosa	39197209	P. Universitario	[illegible]
	Carolina Paredes	1072641031	Contratista	[illegible]
INVITADOS				

I. ORDEN DEL DÍA

1. Comite Gerontologico.
2. Ni seguimiento por fonoaudilogia (valoracion).
3. Visitas de Caracterizacion el tema de formatos
4. Atencion de Beneficiarios del programa no importa si no es el dia de oficina.
5. Hacer retroalimentacion con cada integrante del Equipo de DISCAPACIDAD Y ADULTO MAYOR.
6. Manejo del ICAL.
7. Acompañamientos a eventos.
8. Gestion de Sillas, Mesas, Tablero
10. Talleres para organizar, que cada una tenga su espacio y no se cruze

Carolina Paredes Cruz

Carolina Paredes Cruz
C.C 1.072.641.031 De Chía

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.

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que CAROLINA PAREDES CRUZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.072.641.031 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 264627076, abierta/o desde el 25/12/2022.

Se expide en Bogotá el día 3 del mes de Abril del año 2024 con destino a: E pago

_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072641031
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CAROLINA PAREDES CRUZ PAREDES CRUZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CL 10 A 4E -78	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4592915913**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/26			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	5022671323		

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	$ 321.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 321.300	$ 0	$ 321.300
SUBTOTALES:										**$ 321.300**	**$ 0**	**$ 321.300**

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	$ 251.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 251.000	$ 0	$ 0	$ 251.000
SUBTOTALES:													**$ 251.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 251.000**

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	$ 10.500	$ 10.500	$ 0	$ 0	$ 10.500
SUBTOTALES:									**$ 10.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 10.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																									PENSIÓN									SALUD					ARP													
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
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	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1072641031	PAREDES CRUZ CAROLINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.008.000				NO																		230201-PROTECCION	30	$ 2.008.000	$ 321.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 321.300	EPS008-COMPENSAR	30	$ 2.008.000	$ 251.000	$ 0	$ 251.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.008.000	107264103	$ 10.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 582.800**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

ach SOI | Pagos de Seguridad Social

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1072641031
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CAROLINA PAREDES CRUZ PAREDES CRUZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CL 10 A 4E -78	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4593808193**	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/03/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	5030582233
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4592915913	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2025/02/26

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	$ 1.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.300	$ 0	$ 1.300
SUBTOTALES:										**$ 1.300**	**$ 0**	**$ 1.300**

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	$ 1.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ 0	$ 1.000
SUBTOTALES:													**$ 1.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.000**

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	$ 100	$ 100	$ 0	$ 0	$ 100
SUBTOTALES:									**$ 100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																									PENSIÓN									SALUD						ARP								CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																						
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	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1072641031	PAREDES CRUZ CAROLINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 2.008.000				NO							A										230201-PROTECCION	30	$ 2.008.000	$ 321.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 321.300	EPS008-COMPENSAR	30	$ 2.008.000	$ 251.000	$ 0	$ 251.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.008.000	107264103	$ 10.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1072641031	PAREDES CRUZ CAROLINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 2.008.000				NO							C	01-30									230201-PROTECCION	30	$ 2.016.000	$ 322.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 322.600	EPS008-COMPENSAR	30	$ 2.016.000	$ 252.000	$ 0	$ 252.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.016.000	107264103	$ 10.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1072641031	PAREDES CRUZ CAROLINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 2.008.000				NO							R	01-30									230201-PROTECCION	0	$ 8.000	$ 1.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.300	EPS008-COMPENSAR	0	$ 8.000	$ 1.000	$ 0	$ 1.000	14-11 - ARL SURA	0	$ 8.000	107264103	$ 100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 2.400**

Planilla Pagada

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141158169148

(415)7707212489984(8020) 000014115816914 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 7 2 6 4 1 0 3 1	1	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 4 1 0 3 1

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
PAREDES	CRUZ	CAROLINA	

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
CL 5 1 B 130

42. Correo electrónico arabela.18@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 2 6 9 5 4 8 8	3 1 0 7 8 0 1 5 1 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 2 2 0	2 0 1 9 0 4 2 3						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	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, 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.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre PAREDES CRUZ CAROLINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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

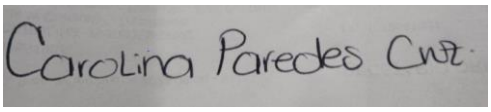
Yo, CAROLINA PAREDES CRUZ identificada con cédula de ciudadanía No. 1.072.641.031
En cumplimiento del decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, por el cual se reglamenta parcialmente los artículos 206, 331, 336 y 383 del Estatuto Tributario, modificados por los artículos 2, 6, 7 y 8 de la ley 2277 de 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:

[x] 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 2 días del mes de marzo de la vigencia 2025.



FIRMA: