Marinilla, 01 de diciembre de 2025

EL SUPERVISOR (A)

CERTIFICA:

Que CLAUDIA MILENA GONZALEZ SOTO. Con CC 1.038.408.285 ha cumplido a cabalidad con el objeto del contrato Número 435SF2025, cuyo objeto es Prestación de servicios profesionales 04 desde el área de preparación física, recreación y promoción de estilos de vida saludables a los Adultos Mayores del Municipio, en cumplimiento al plan de desarrollo La Fuerza de la Gente 2024-2027, correspondiente al periodo correspondiente al periodo desde 23/10/2025 hasta el 22/11/2025.Pago N4

Se recibe a satisfacción el objeto del contrato para proceder a su respectivo pago, por el siguiente rubro 2.3.2.02.02.009.4104.2206-, Superavit 2024 Estamp - Servicios Para La Atención Integral De Los Adultos Mayores Del CDA 70%, conforme CDP 1003 de la fecha 18/06/2025 y CRP 1298 de la fecha 17/07/2025 por valor de $4.000.000 según el PAC.

Asimismo, se realiza la verificación del sistema de Seguridad Social (EPS, AFP y ARL), afiliación en estado activo. Se realiza la verificación al cumplimiento de las acciones tendientes a la prevención de los riesgos y peligros durante la ejecución de las labores, según los componentes del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y los procesos del SIGEM .

Firma
Supervisor

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-25, 05:17:17 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 81257728

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025

PAGADO 22/11/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLAUDIA MILENA GONZALEZ SOTO		
Documento	CC1038408285	**Dirección**	CL 30 #31 - 40
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4639267
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MARINILLA	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1038408285	CLAUDIA MILENA GONZALEZ SOTO	57	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.600.000	$ 256.000	(EPS010) EPS SURA	$ 1.600.000	$ 200.000	2,436	$ 1.600.000	$ 39.000	(CCF04) COMFAMA	$ 1.600.000	$ 9.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 504.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.600.000	$ 1.600.000	$ 1.600.000	$ 1.600.000	$ 256.000	$ 200.000	$ 39.000	$ 9.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 504.600	$ 0	$ 504.600

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Marinilla, 22 de noviembre 2025

El Municipio de Marinilla- Antioquia
Con NIT 890.983.716-1

DEBE A:

CLAUDIA MILENA GONZALEZ SOTO
Con C.C. 1.038.408.285

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES DE PESOS ($4.000.000)

POR CONCEPTO DE:

Pago N° 4 correspondiente al periodo del 23 de octubre al 22 de noviembre del contrato Número 435SF2025, cuyo objeto es Prestación de servicios profesionales 04 desde el área de preparación física, recreación y promoción de estilos de vida saludables a los Adultos Mayores del Municipio, en cumplimiento al plan de desarrollo La Fuerza de la Gente 2024-2027

Igualmente solicito el favor de realizar la respectiva consignación en la cuenta de ahorros Bancolombia N° 647-38050965 a mi nombre.

"Soy persona natural en ejercicio de una profesión liberal, mis ingresos son considerados como rentas de trabajo (Arts.103 y 330 del Estatuto Tributario) sometidos a retención en la fuente laboral del Art. 383, ya que no he vinculado 2 ó más trabajadores para desarrollar mi actividad. Para el cálculo de la base de retención, tener en cuenta que el presente pago podría corresponder a más de un mes y por tanto la retención se aplica sobre "base mensualizada" es decir, promedio mes. La eventual retención que resultare se multiplica por los meses que se están incluyendo en esta cuenta de cobro, siendo esta la retención total. (DR. 099 de 2013)."

Cordialmente,



CLAUDIA MILENA GONZALEZ SOTO
Teléfono: 321-2851929

Marinilla, 22 de diciembre de 2025

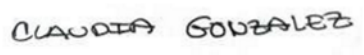
Señores
Municipio de Marinilla
E.S.M.

Yo, CLAUDIA MILENA GONZALEZ SOTO identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.038.408.285, en mi calidad de aportante independiente al Sistema de Seguridad Social y de contratista por prestación de servicios del Municipio de Marinilla, por medio del presente documento manifiesto que:

1. DECLARO bajo la gravedad de juramento, que el documento soporte de pago de aportes obligatorios al Sistema General Social en Salud corresponden a los ingresos provenientes del contrato Nº 435SF2025 del 23/07/2025.

2. Que los aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud, se toman de la base del 40% del valor mensual del contrato.

Atentamente,



Claudia Milena González Soto
C.C. 1.038.408.285

Marinilla, 22 de diciembre de 2025

Señores:
SECRETARIA DE HACIENDA
Municipio de Marinilla

ASUNTO: Declaración Juramentada para efectos tributarios, Ley 2277 de 2022 sistema de determinación del impuesto sobre la Renta de las personas naturales, FORMATO CONTRATISTAS.

CONSIDERANDO

1. Que de acuerdo con lo establecido en los artículos 329 a 341 del E.T, donde se define el sistema cedular para presentar las declaraciones de renta de personas naturales y los artículos 383 y 392 del Estatuto Tributario que fijan las retenciones en la fuente aplicables a las rentas de trabajo y no laborales, me corresponde informar el método que los compradores de servicios deberán utilizar para calcular la retención en la fuente sobre mis ingresos mensuales.
2. Que el artículo 103 del Estatuto Tributario, define las rentas de trabajo así: "*Se consideran rentas exclusivas de trabajo, las obtenidas por personas naturales por concepto de salarios, comisiones, prestaciones sociales, viáticos, gastos de representación, honorarios, emolumentos eclesiásticos, compensaciones recibidas por el trabajo asociado cooperativo, y en general, las compensaciones por servicios personales".*
3. Que de acuerdo con lo establecido en el numeral 1 del artículo 335 del Estatuto Tributario se consideran rentas de trabajo las señaladas en el punto anterior.
4. Que el artículo 383 del Estatuto Tributario, establece la tabla de retención en la fuente aplicable a las rentas de trabajo cuando se den las siguientes condiciones:
   Parágrafo 2. La retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria.
   (…)
   Parágrafo 3. Las personas naturales podrán solicitar la aplicación de una tarifa de retención en la fuente superior a la determinada de conformidad con el presente artículo, para la cual deberá indicarla por escrito al respectivo pagador. El incremento en la tarifa de retención en la fuente será aplicable a partir del mes siguiente a la presentación de la solicitud
5. Que las personas que no cumplan con las condiciones establecidas en el artículo 383 anterior, deberán someterse a las retenciones en la fuente fijadas en el artículo 392 del Estatuto tributario y el artículo 16 de la ley 2070/20.

CERTIFICO

Que sobre los ingresos que estoy cobrando o facturando por la prestación de mis servicios deberán practicarme la retención en la fuente correspondiente a:
(Marque una X en la opción que corresponde a su condición)

1. ¿Los ingresos que produzco se definen como rentas de trabajo?	SI	x
	NO	

2. Si respondió SÍ al punto anterior, ¿Opta por utilizar el 25% de rentas exentas en lugar de depurar los ingresos con costos y gastos?	SI	x
	NO	

PRECISIONES QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA PARA FIRMAR ESTE CERTIFICADO.

1. Si respondió de manera afirmativa el numeral 1, la retención en la fuente aplicable será la establecida en el artículo 383 del E.T.
2. Si respondió afirmativo en el punto 2, usted utilizará el 25% de rentas exentas y no la depuración de los ingresos brutos con costos y gastos.
3. Si la respuesta al punto 1 es negativa, se le aplicará las retenciones en la fuente generales ubicadas en el artículo 392 del E.T. y excepcionalmente la tarifa del 4% para actividades especiales de la economía naranja y de la Cuenta Satélite de Cultura definidas en el artículo 16 ley 2070/20.
4. Para que se genere rentas de trabajo será necesario que el servicio sea prestado de manera personal.

5. Si lo anterior no sucede porque se presta el servicio a través de empleados o vinculados, estaremos frente a una renta no laboral.
6. Las rentas de trabajo podrán gozar del beneficio de rentas exentas del 25%, beneficio que no aplica cuando estamos frente a rentas no laborales.
7. Quien obtiene rentas de trabajo, podrá utilizar su depuración con costos y gastos, renunciando por ende al beneficio del 25% de rentas exentas.

Autorizo aplicar a mis pagos la retención en la fuente del _____% sobre el ingreso gravable, de conformidad con lo permitido en el Parágrafo 3° del art. 383 E.T.
Este certificado lo elaboro bajo la gravedad de juramento, teniendo en consideración la clasificación que me corresponde actualmente de acuerdo con las disposiciones vigentes sobre las rentas cedulares.
Atentamente,

Nombre Claudia Milena González Soto

Firma 

Cedula 1.038.408.285

ANEXO 1

DEPURACIÓN DE LA BASE PARA CALCULAR LA RETENCIÓN EN LA FUENTE

Solicito depurar mis ingresos brutos con los siguientes conceptos que se tratan como ingresos no constitutivos de renta, para lo cual entrego la siguiente información la cual debe estar acompañada del respectivo certificado o soporte:

a. Aportes obligatorios a entidades de salud más aportes obligatorios a fondos privados de pensiones o Colpensiones.
b. Aportes voluntarios a fondos de pensiones obligatorias del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad-RAIS.
c. Como percibo rentas de trabajo, solicito depurar los ingresos netos, con las siguientes deducciones y aportes que generan rentas exentas:
Dependiente 1. Nombre_____
Documento de identificación C.C.___T.I.___ No._____
Dependiente 2. Nombre_____
Documento de identificación C.C.___T.I.___ No._____
Dependiente 3. Nombre_____
Documento de identificación C.C.___T.I.___ No._____

Salud prepagada o póliza de salud. Entidad_____
$_____mensuales.
Intereses sobre préstamos para adquisición o mejoramiento de vivienda de habitación o costos financieros de leasing habitacional. Entidad_____ $ _____ mensuales. (valor mensual tomado del año inmediatamente anterior).
Ahorros voluntarios en cuentas AFC o AVC. Autorizo consignar aportes por un monto máximo del _____% de los ingresos brutos, o un valor de $_____mensuales a la entidad _____
Aportes voluntarios a fondos de pensiones voluntarias.

Si durante el presente año varían mis condiciones tributarias sobre todos o algunos de los aspectos contemplados anteriormente, enviaré una nueva comunicación a los tomadores de mis servicios avisando oportunamente el cambio sobre los mismos.

Nombre: Claudia Milena Gonzalez Soto
Firma 

Cédula 1.038.408.285

FECHA DE REALIZACION Y PRESENTACION DEL INFORME			29/11/2025
INFORME DE SUPERVISIÓN	4 de 5	SEGUIMIENTO	X
		FINAL	
PERIODO DESDE EL	23/10/25	HASTA EL	22/11/25

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO O CONVENIO				
CONTRATO (X)	NÚMERO:	435SF2025		
	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	23/07/25		
OBJETO: Prestación de servicios profesionales 04 desde el área de preparación física, recreación y promoción de estilos de vida saludables a los Adultos Mayores del Municipio, en cumplimiento al plan de desarrollo La Fuerza de la Gente 2024-2027				
ORGANISMO CONTRATANTE	MUNICIPIO DE MARINILLA – SECRETARIA DE FAMILIA E INCLUSION SOCIAL			
CONTRATISTA	**NOMBRE**	CLAUDIA MILENA GONZALEZ SOTO		
	NIT o CÉDULA	1.038.408.285		
SUPERVISOR (X)	**NOMBRE**	RESFA MARIA SIERRA GONZALEZ		
	CÉDULA	22.010.522		
FECHA DE INICIO	23/07/25	**FECHA DE TERMINACIÓN**	07/12/25	

VALOR	**INICIAL**	DIECIOCHO MILLONES DE PESOS ($18.000.000)				
	VALOR TOTAL	DIECIOCHO MILLONES DE PESOS ($18.000.000)				
PLAZO	**INICIAL**	4 meses y medio , a partir de la legalización del contrato sin exceder el 15 de diciembre de 2025				
INFORMACIÓN PRESUPUESTAL	**CDP N°**	1003	18/06/2025	**CRP Nº**	1298	17/07/2025

2. GARANTIAS SOLICITADAS

PÓLIZA INICIAL			
NÚMERO (S)	48-46-101005001 – 48-54-101000495	ASEGURADORA:	SEGUROS DEL ESTADO

F EXPEDICIÒN	*23/07/2025*	F APROBACIÓN	*23/07/2025*
AMPAROS		**VIGENCIAS DESDE HASTA**	
CALIDAD		23/07/2025	15/04/2026
CUMPLIMIENTO		23/07/2025	15/12/2026
RESPONSABILIDAD CIVIL		23/07/2025	15/12/2025

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL CONTRATO	**DESCRIPCIÓN DEL AVANCE**	**DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA**	**CUANTIFICACION DEL OBJETIVO SI APLICA (QUE LLEVA Y QUE LE FALTA EN NÚMERO)**		**CANT DE PERSONAS BENEFICIADAS CON LA ACTIVIDAD O ACTIVIDADES POR OBJETIVO**
1. Elaborar y entregar en los tres primeros días del inicio de cada periodo, según el acta de inicio, un plan de trabajo mensual, formato 626 SIGEM o el suministrado, donde se programen las acciones a desarrollar y los tiempos de cada actividad en razón a las obligaciones contractuales.	Se elaboró el plan de trabajo teniendo en cuenta los diferentes grupos y actividades para los días del 23 de octubre al 22 de noviembre según el formato 626	ANEXO 2 EVIDENCIA PLAN DE TRABAJO	4 DE 5		N/A
2. En cumplimiento del producto 3.3.1.3 SERVICIO DE INFORMACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE LA COMUNIDAD, realizar lo siguiente:					
2.1. Ingresar permanentemente la	Se cumplió con el cargue	ANEXO 3 EVIDENCIA	4 DE 5		N/A

información de todas las actividades realizadas con sus respectivos soportes en el módulo de familia del SISPEM	permanente al SISPEM de las actividades realizadas, evidenciando los logros de los objetivos propuestos y el interés y acogida de las personas mayores	SOPORTE EN EL MÓDULO DE FAMILIA SISPEM			
2.2 Ingresar al módulo de familia del SISPEM, en promedio 5 caracterizaciones nuevas por mes durante la vigencia del contrato, de beneficiarios de los programas	Se cumplió con el diligenciamiento de 5 caracterizaciones de los beneficiarios al programa.	ANEXO 4 EVIDENCIA CARACTERIZACIONES	3 DE 5		N/A
3. En desarrollo del producto 3.4.2.1 POLÍTICA PÚBLICA DEL ADULTO MAYOR realizar lo siguiente:					
3.1. Desarrollar (1) una sesión a la semana de mantenimiento físico en actividades acuáticas con personas mayores de mínimo 45 minutos cada una.	Se realizaron 4 sesiones de hidroterapia fortaleciendo las habilidades motrices de las personas mayores a través de las actividades lúdicas acuáticas.	ANEXO 5 EVIDENCIA DE SESIONES DE MANTENIMIENTO FÍSICO EN ACTIVIDADES ACUÁTICAS HIDROTERAPIAS	Durante este mes se realizaron 4 de 10, quedan faltando 6 actividades de mantenimiento físico en actividades acuáticas hidroterapias. Para los cuatro meses y medio la meta eran 13		Se contó con 12 mujeres para un total 12 personas personas mayores en actividades acuáticas hidroterapias

			sesiones y a la fecha llevamos 7.		
3.2. Desarrollar una sesión especializada diaria en el gimnasio, según el definido para prevenir y controlar las patologías específicas a grupos con patología s asociadas comunes de mínimo una hora y al menos dos sesiones a la semana por grupo	Se desarrollaron 15 sesiones de actividades física especializados hipertensos	ANEXO 6 EVIDENCIA DE SESIONES DE ACTIVIDADES FÍSICAS ESPECIALIZADOS HIPERTENSOS	Durante este mes se realizaron 15 dE 25, quedan faltando 10 sesiones de actividades físicas especializados hipertensos. Para los cuatro meses y medio la meta eran 59 sesiones y a la fecha llevamos 49.		Se contó con 4 hombres y 32 mujeres para un total de 36 personas mayores en especializado s hipertensos
3.3. Presentar un informe mensual que refleje el estado de avance del trabajo con cada grupo especializado y defina las necesidades específicas de acompañamiento y que contenga el seguimiento del estado físico y los resultados con cada uno de los integrantes	Se realiza el informe mensual con cada grupo especializado	ANEXO 7 EVIDENCIA INFORME GRUPO	4 DE 5		N/A
3.4. Desarrollar un promedio mensual de 20 sesiones de mantenimiento físico para la promoción de estilos de vida saludable con adultas y adultos mayores (Caminatas, baile aeróbico,) de mínimo 45 minutos de manera descentralizada	Se realizaron 24 sesiones de mantenimiento físico recreativo en las cuales se potenciaron las habilidades y destrezas de las personas adulta mayores, quienes irradian alegría,	ANEXO 8 EVIDENCIA DE MANTENIMIEN TO FÍSICO RECREATIVO	Durante este mes se realizaron 24 de 15 sesiones de mantenimiento fisico recreativo, faltan 9. Para los cuatro meses y medio la meta eran 100 sesiones y a la fecha llevamos 91..		Se contó con 4 hombres y 59 mujeres para un total de 63 personas mayores en mantenimiento físico recreativo.

	motivación y acogida.				
3..5 Desarrollar mínimo 4 acompañamientos semanales a los grupos gerontológicos sesiones de actividad física para promover estilos de vida saludables y apoyar la dinámica de funcionamiento de esto, con programación previa	Se realizaron 10 sesiones de mantenimiento físico recreativo centro día fortaleciendo las habilidades de las personas adultas mayores, potenciando la concentración, el liderazgo y las relaciones entre pares armoniosas.	ANEXO 9 EVIDENCIA MANTENIMIENTO FÍSICO RECREATIVO CENTRO DIA	Durante este mes se realizaron 10 dE 25 sesiones de mantenimiento fisico recreativo centro dia.quedan faltando 15 Para los cuatro meses y medio del contrato la meta era 59 sesiones y a la fecha llevamos 61, logramos la meta y se pudo realizar otras más en beneficio de la comunidad..		Se contó con 26 hombres y 193 mujeres, para un total de 219 personas adultas mayores atendidas.
3.6 Desarrollar una reunión mensual de coordinación, planeación y unificación de criterios, con el equipo de educadores físicos con las gerontólogas y la coordinadora del programa	No fue posible asistir a la reunión de educadores físicos	N/A	N/A		N/A
3.7 Apoyar las actividades del programa de Atención al Adulto Mayor y en especial en las actividades masivas del programa del Adulto Mayor, con	Durante este mes no asistí a la viejo tk	N/A	N/A		N/A

programación previa					
5. En cumplimiento del producto 3.4.2.5 Servicio de educación informal a los cuidadores del adulto mayor (cuidado al cuidador) Apoyar con su equipo de trabajo y responsable de zona la ejecución y desarrollo de la estrategia cuidado al cuidador de modo que 100 cuidadores de su zona reciban la formación, capacitación y el reconocimiento por su labor	Se cumplió con las políticas de seguridad de la información	ANEXO 10 ACTA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	N/A		N/A
6. Desarrollar y relacionar las diferentes actividades designadas por el secretario de Familia y/o supervisor del contrato, inherentes al rol, concertadas y programadas previamente	12 DE NOVIEMBRE: PASEO Apoyamos la salida al día de sol en los Tamarindos en San Jerónimo Antioquia	ANEXO 11 EVIDENCIAS ACTIVIDADES SECRETARIA DE FAMILIA	N/A		N/A
7. Entregar el informe mensual y un consolidado trimestral de las fichas en el formato 929 del SIGEM, con sus respectivas evidencias de los siguientes productos: 3.3.1.3	Se realiza el informe mensual con las respectivas evidencias las cuales se encuentran en el drive	ANEXO 12 INFORME FICHA 929	N/A		N/A

servicio de información para la atención de la comunidad, 3.4.2.1 política pública del adulto mayor					

PORCENTAJE PONDERADO Y PROMEDIO DE EJECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS/ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA A LA FECHA DEL INFORME	80%

DESCRIPCION DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO POR PARTE DEL SUPERVISOR

CONCEPTO	**FECHA**	**VALOR CONTRATO**
Valor Inicial	23/07/25	[$18.000.000]
TOTALES		**[$18.000.000]**

PAGOS	**FECHAS**	**N° DE EGRESO**	**VALOR PAGO**
Pago N° 1	04/09/2025	2025-02432	[$4.000.000]
Pago N° 2	29/09/2025	2025-02812	[$4.000.000]
Pago N° 3	06/11/2025	2025-03285	[$4.000.000]
		A. TOTAL PAGADO A LA FECHA	**[$12.000.000]**
		B. Valor Pago AUTORIZADO en éste INFORME	[$4.000.000]
		TOTAL PAGADO MAS VALOR AUTORIZADO (A + B)	**[$16.000.000]**
		PORCENTAJE DE EJECUCIÓN FINANCIERA (A + B)	**88%**

VERIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES DE PARAFISCALES: El contratista presenta los documentos que acreditan que se encuentra a paz y salvo por concepto del pago de aportes a los sistemas de seguridad social en salud, pensiones, ARP y parafiscales, de él (y de sus empleados, según el caso. Si es persona jurídica, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

4. ANEXOS

ANEXO 1 Seguridad, cuenta de cobro y declaraciones.
ANEXO 2 Evidencia plan de trabajo.
ANEXO 3 Evidencia soporte en el módulo de familia SISPEM.
ANEXO 4 Evidencia caracterizaciones
ANEXO 5 Evidencia sesiones actividades acuáticas hidroterapias
ANEXO 6 Evidencia sesiones de mantenimiento físico especializado hipertensos.
ANEXO 7 Informe grupo
ANEXO 8 Evidencia mantenimiento físico recreativo
ANEXO 9 Evidencia mantenimiento físico recreativo centro día.
ANEXO 10 Acta de seguridad de la información
ANEXO 11 Evidencia actividades de secretaría de familia.
ANEXO 12 Informe Ficha 929

Para constancia, se firma en el Municipio de Marinilla.

RESFA MARIA SIERRA GONZALEZ
SUPERVISOR

CLAUDIA GONZALEZ

CLAUDIA MILENA GONZALEZ SOTO
CONTRATISTA