CONCEJO MUNICIPAL DE FUNZA	INFORME DE ACTIVIDADES, CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
	CÓDIGO	PA-GJ-SPGC-FO-IM-06	FECHA EMISIÓN	2/04/2025	VERSIÓN: 2

CUENTA DE COBRO	SI X	NO	DATOS DE LA FACTURA	SI	NO x
EL CONCEJO MUNICIPAL DE FUNZA - NIT 832.001.640-7 DEBE A: ANA VALENTINA CATAMA MONTEALEGRE Por concepto De: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA AL CONCEJO MUNICIPAL DE FUNZA, ORIENTADOS AL ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL, EL FORTALECIMIENTO DE LA SALUD MENTAL Y LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE. la suma de: **TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.700.000,00)**			No. DE FACTURA:		
			RESOLUCIÓN DIAN:		
			FECHA:		
			VALOR:		

FIRMA DEL CONTRATISTA	

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del Contrato de Prestación de Servicios arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe, durante el periodo relacionado.

Que de igual forma, el contratista ha acreditado y aportado el pago de los aportes a la seguridad social Integral y parafiscal en los montos y plazos establecidos verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, artículo 23 de la ley 1150 y artículo 135 de la ley 1753 de 2015.

En razón a ello, autorizo el pago conforme a la información descrita en el presente informe.

APROBÓ:	JENNY PAOLA HERNANDEZ GUIO	

CONCEJO MUNICIPAL DE FUNZA	INFORME DE ACTIVIDADES, CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
	CÓDIGO	PA-GJ-SPGC-FO-IM-06	FECHA EMISIÓN	2/04/2025	VERSIÓN: 2

CONTRATO No.:	CPS-039-2026				
PERIODO DEL INFORME Y DE LA CERTIFICACIÓN :	27 DE ENERO AL 26 DE FEBRERO DEL 2026			**No. DE PAGO:**	1
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	**ANA VALENTINA CATAMA MONTEALEGRE**			**C.C. / NIT:**	**1005338260**
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA AL CONCEJO MUNICIPAL DE FUNZA, ORIENTADOS AL ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL, EL FORTALECIMIENTO DE LA SALUD MENTAL Y LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE.**			**PLAZO DE EJECUCIÓN:**	ONCE (11) MESES
				FECHA DE INICIO:	27 DE ENERO DE 2026
				FECHA DE TERMINACIÓN	26 DE DICIEMBRE DE 2026
				PLAZO DE PRORROGA:	N/A
ADICIÓN Y PRORROGA	N/A	**FECHA INICIO PRORROGA**	N/A	**FECHA FIN DE PRORROGA**	N/A
CESIÓN DE CONTRATO	N/A	**FECHA DE LA CESIÓN DE CONTRATO**	N/A	**VALOR EJECUTADO ANTES DE LA CESIÓN DE CONTRATO**	$ -
SUSPENSIÓN DE CONTRATO	N/A	**FECHA INICIO SUSPENSIÓN DE CONTRATO**	N/A	**FECHA FIN DE SUSPENSIÓN DE CONTRATO**	N/A
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**JENNY PAOLA HERNANDEZ GUIO**		**CARGO:**	**SECRETARIA GENERAL**	

INFORMACIÓN FINANCIERA

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP) No.:	**2026000035**	**VALOR CDP:**	$ 40.700.000,00	**PORCENTAJE DE EJECUCIÓN A LA FECHA:**
REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) No.:	**2026000043**	**VALOR RP:**	$ 40.700.000,00	
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP) ADICIÓN No.:	**NO APLICA**	**VALOR CDP ADICIÓN:**	$ -	
REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) No.:	**NO APLICA**	**VALOR RP ADICIÓN:**	$ -	**9,09%**
VALOR INICIAL CONTRATADO:	$ 40.700.000,00	**VALOR PAGOS EFECTUADOS:**	$ -	
VALOR EJECUTADO ANTES DE LA CESIÓN	$ -			
ADICIONES:	$ -	**VALOR PRESENTE PERIODO:**	$ 3.700.000,00	
VALOR TOTAL CONTRATO:	$ 40.700.000,00	**VALOR EJECUTADO:**	$ 3.700.000,00	

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO

OBLIGACIONES	EVIDENCIA	RESULTADOS ALCANZADOS
1. Brindar acompañamiento psicológico individual y grupal a los servidores y concejales del Concejo Municipal de Funza, conforme a las necesidades identificadas.	La evidencia reposa en: https://forms.gle/aUY5gvTYHQ3rQX3D9	Se creó un formulario de google con el fin de agendar acompañamiento psicologico y se compartio con todos los contratistas del Concejo Municipal
2. Realizar evaluaciones psicológicas iniciales, de seguimiento y de cierre, cuando aplique, garantizando la confidencialidad y el manejo ético de la información	La evidencia reposa en: https://forms.gle/YvPU9gpCvJtYvNA37	Se llevó a cabo la primera medición de Salud mental del año 2026

CONCEJO MUNICIPAL DE FUNZA	INFORME DE ACTIVIDADES, CUENTA DE COBRO Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
	CÓDIGO	PA-GJ-SPGC-FO-IM-06	FECHA EMISIÓN	2/04/2025	VERSIÓN: 2
3. Realizar seguimiento al programa de salud mental del Concejo Municipal de Funza.	La evidencia reposa en: X:\6. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO\024-PLAN DE BIENESTAR E INCENTIVOS\2026\SALUD MENTAL 2026			Se creó el Programa de Salud Mental 2026	
4. Ejecutar acciones de promoción y prevención en salud mental, tales como talleres, charlas, jornadas psicoeducativas y campañas institucionales, orientadas a la promoción de la salud mental, el manejo del estrés, la prevención del burnout y el fortalecimiento de habilidades emocionales	La evidencia reposa en: X:\6. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO\024-PLAN DE BIENESTAR E INCENTIVOS\2026\SALUD MENTAL 2026			Se creó el cronograma de actividades de salud mental del periodo en curso	
5. Hacer seguimiento psicológico periódico a los casos atendidos, registrando avances, alertas y recomendaciones, de acuerdo con los protocolos establecidos.	La evidencia reposa en: Y:\Acompañamiento Psicologico			Se realizó atención individual a 9 contratistas del Concejo Municipal de Funza en los dias 2, 4, 9, 11, 17, 19 y 23 de febrero	
6. Apoyar la formulación y ejecución de estrategias institucionales de bienestar laboral y clima organizacional, desde el enfoque psicológico.	La evidencia reposa en: https://forms.gle/xYjNG6xdzbG9VBcJA La evidencia reposa en: https://forms.gle/tRURfEkyms59QFpo7			Se aplicó la primera encuesta de clima laboral Se aplicó la primera encuesta de Caracterización	
7. Elaborar informes técnicos, conceptuales y de seguimiento, requeridos por la supervisión del contrato, respetando la reserva profesional.	No se ejecutó esta actividad			No se ejecutó esta actividad	
8. Participar en los comités de la red de buen trato del Municipio de Funza.	No se ejecutó esta actividad			No se ejecutó esta actividad	
9. Participar en las actividades establecidas en el Plan de Capacitaciones y en el Plan de Bienestar aprobados por el Concejo Municipal de Funza	La evidencia reposa en: X:\6. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO\024-007 PLAN DE CAPACITACIONES\2026\EVIDENCIAS\INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN			Se participó en la capacitación de Inducción y Reinducción	
10. Cumplir con el Sistema de Gestión de Calidad y Seguimiento del Concejo Municipal de Funza, ejecutando las actividades de su competencia y especialmente aquellas que requieran acciones concretas para subsanar hallazgos derivados de auditorías internas de no conformidades del Sistema de Gestión y contribuir para que el mismo se mantenga actualizado en lo de su competencia.	No se ejecutó esta actividad			No se ejecutó esta actividad	
11. Las demás que se deriven durante la ejecución del presente contralto y que sean necesarias para el cumplimiento del objeto contractual	La evidencia reposa en: X:\6. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO\002-002 ACTAS DE CAPACITACIÓNES\2026 La evidencia reposa en: X:\6. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO\ARCHIVO\2025			Se asistio a capacitación sobre diligenciamiento de formato de cuenta de cobro 2026 Se realizo archivo del proceso de Talento Humano	

SEGURIDAD SOCIAL					
CONCEPTO	**ENTIDAD**	**VALOR**	**MES**	**FECHA DE PAGO**	**No PLANILLA**
Salud	***Compensar***	***$ 29.200***	ENERO	***11/02/2026***	***49.062.807***
Pensión	***Protección***	***$ 37.400***	ENERO	***11/02/2026***	***49.062.807***
Riesgos Profesionales	***Positiva***	***$ 1.300***	ENERO	***11/02/2026***	***49.062.807***
Anexos:					

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1005338260	ANA VALENTINA CATAMA MONTEALEGRE	Cra 13 #17a-11 multicentro	3208085261	Valentinacatamamontealegre@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	FUNZA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2026-01	2026-01	I	11/02/2026	49062807	TOTAL A PAGAR	
					$67.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	29.200	0		0		0	0	0	0	29.200	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	37.400	0	0	0	0	0	0		37.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	1.300				1.300	0	0	1.300			13	1.300	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
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	29.200	29.200
Pensión	1	37.400	37.400
Riesgos Laborales	1	1.300	1.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	67.900	67.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1005338260	ANA VALENTINA CATAMA MONTEALEGRE		Cra 13 #17a-11 multicentro	3208085261	Valentinacatamamontealegre@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUNZA		NO

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	
2026-01	2026-01	I	11/02/2026	49062807	$67.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1005338260	CATAMA MONTEALEGRE ANA VALENTINA	57	G			N	X																230201	233.454	37.400	0	0	0	0	EPS008	233.454	29.200	14-23	233.454	1	1.300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

MANIFESTACIÓN AÑO GRAVABLE 2026 – DECRETO 2231 DE 2023

Yo, **ANA VALENTINA CATAMA MONTEALEGRE** identificado con cédula de ciudadanía número **1.005.338.260** expedida en **Funza**, Cundinamarca**,** obrando en nombre propio, me permito declarar bajo la gravedad de juramento y de acuerdo con la Ley 1819 de 2016 en su artículo 335 que:

1. Para efectos del cálculo de la retención en la fuente manifiesto bajo la gravedad de juramento que (marcar con X la opción correspondiente):

   a. Para la determinación de mi impuesto sobre la renta **NO** tomaré deducciones de costos y gastos por lo que declaro que **SÍ** haré uso de la renta exenta de que trata el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario en la depuración de mi declaración de renta por el año gravable en curso, y el cálculo de la retención en la fuente se realizará acorde a lo señalado por el artículo 383 del Estatuto Tributario

   [X]

   b. Para la determinación de mi impuesto sobre la renta **SI** tomaré deducciones de costos y gastos por lo que declaro que **NO** haré uso de la renta exenta de que trata el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario en la depuración de mi declaración de renta por el año gravable en curso, y solicito que se aplique la tarifa de retención en la fuente establecida en los artículos 392 y 401 del Estatuto Tributario según corresponda a la naturaleza de los servicios prestados.

   [ ]

SI SOLICITA REALIZAR RETENCIÓN POR RENTAS LABORALES COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

1. Durante el año inmediatamente anterior realicé pagos de intereses en préstamos para adquisición de vivienda. (Adjuntar soporte de pago de intereses)

SI		NO	

2. Durante el año inmediatamente anterior realicé pagos a medicina prepagada: propios, de mi cónyuge, hijos y/o dependientes. (Adjuntar soporte de pago y factura cancelada).

SI		NO	

3. Se encuentra a mi cargo en calidad de dependiente:

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO

[ ] Hijo(s) que tiene(n) hasta 18 años y depende(n) económicamente de mí.

[ ] Hijo(s) con edad entre 18 y 23 años, cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

[ ] Hijo(s) mayor(es) de 18 años que se encuentra en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por Medicina Legal.

☐ Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

☐ Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el mío menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

4. Me encuentro obligado a expedir factura electrónica por cumplir con alguno de los requisitos establecidos en el artículo 615 del E.T.

SI		NO	

5. De acuerdo al parágrafo tercero del artículo 437 del Estatuto Tributario soy responsable del impuesto a las ventas IVA.

SI		NO	

6. Estoy registrado(a) como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación SIMPLE.

SI		NO	

Dada en Funza, Cundinamarca en el mes de Enero de 2026, para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención establecida en los artículos 383, 387 y 392 del Estatuto Tributario que le aplique.

Cordialmente,



Nombre: ANA VALENTINA CATAMA MONTEALEGRE
C.C: 1.005.338.260
Teléfono: 3208085261