

Cajicá, 22 de junio de 2026

CUENTA DE COBRO N° 006

SEÑORES

LA ALCALDIA MUNICIPAL DE CAJICA

NIT: 899.999.465-0

DEBE A

BETTY MÉNDEZ DÍAZ

C.C. 20.424.261 DE CAJICÁ

Por concepto de "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA DEL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DEL PROGRAMA ADULTO MAYOR A FIN DE BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE CAJICÁ", correspondiente al periodo comprendido del 01 de junio al 22 de junio del 2026 con el contrato de prestación de servicios N° 316-2026.


Favor consignar en la cuenta de Ahorros N° ° 33556459806 de Bancolombia.

Valor: la suma de: **DOS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS (2.945.800)**

Cordialmente,



BETTY MENDEZ DIAZ
C.C. 20.424.261 DE CAJICA.
DIRECCIÓN: DG 4-036 ESTE-CAJICA
TEL: 3118831410.

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CAJICÁ	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO: GCC-FM-011
	FORMATO	VERSIÓN: 02
	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA PERSONA NATURAL	FECHA: 01/MAR/2023

Fecha: 22/06/2026

Doctora
MARIA DEL PILAR GALEANO HEREDIA
 Directora para la equidad y la familia

A continuación, se describen las actividades que se han desarrollado para dar cumplimiento a las obligaciones que se han estipulado en el contrato de prestación de servicios profesionales para el cargo como fisioterapeuta del grupo interdisciplinario del programa adulto mayor a fin de brindar atención integral a los adultos mayores del municipio de Cajicá en el marco del contrato de prestación de servicios CPS-316-2026.

NÚMERO DE CONTRATO:	CPS-316-2025
FECHA DE FIRMA DEL CONTRATO:	23 DE ENERO /2026
CONTRATISTA:	BETTY MENDEZ DIAZ
VALOR:	VEINTE MILLONES OCHENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE (\$20.085.000).
PLAZO:	CINCO (05) MESES
FECHA ACTA DE INICIO:	23 DE ENERO DE 2026.
FECHA TERMINACIÓN PROYECTADA:	22 DE JUNIO DE 2026
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA DEL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DEL PROGRAMA ADULTO MAYOR A FIN DE BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL A LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE CAJICÁ.
PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME:	DEL 01 DE JUNIO AL 22 DE JUNIO DE 2026
ACTA DE PAGO NO. :	06
FECHA DE PRESENTACIÓN:	30 DE JUNIO 2026
NUMERO DE INFORME:	06
SALDO DE EJECUCIÓN:	PRESUPUESTAL 0
VALOR A PAGAR EN ESTE INFORME:	2.811.900
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA DEL PILAR GALEANO HEREDIA
SECRETARIA DE DESPACHO:	SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
CARGO:	DIRECTORA PARA LA EQUIDAD Y LA FAMILIA

1. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ESPECÍFICAS


Como contratista del Municipio, y en cumplimiento a la cláusula segunda (2ª) y tercera (3ª) del contrato de prestación de servicios profesionales número 316-2026; así como lo dispuesto en el numeral octavo (8º) del artículo 26 de la ley 80 de 1993, comedidamente me permito presentar el siguiente informe de actividades:



N.º	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIA
1	Generar un programa de actividad física – terapéutica para desarrollar con los usuarios del programa de atención a la persona mayor, con el fin de disminuir la incidencia de enfermedades prevalentes de la vejez, a través de un cronograma mensual.	Se establece un cronograma mensual para el mes de junio con actividades en terapia física y gimnasio terapéutico; dichas actividades estarán encaminadas a mejorar y mantener la coordinación y velocidad de reacción en los adultos mayores, mediante actividades terapéuticas integrales, orientadas a optimizar la funcionalidad, prevenir caídas y promover la independencia en las actividades de la vida diaria.	REGISTRO FOTOGRAFICO ANEXO 1
2	Brindar atención terapéutica y garantizar el seguimiento a las personas mayores con las patologías más prevalentes como hipertensión, diabetes, enfermedades crónicas, con los usuarios del Programa Adulto Mayor., generando el respectivo informe por adulto atendido	Se genera informe de tamizaje: talla peso y tensión arterial realizado por el personal de enfermería a la población adulta mayor quien asiste a gimnasio terapéutico, el propósito de este tipo de análisis es que las personas no solo reciban un diagnóstico, sino que también descubran si tienen predisposición a sufrir cierta enfermedad concientizándolas en la importancia de los adecuados hábitos saludables que les permitan brindar bienestar para la Salud.	REGISTRO FOTOGRAFICO ANEXO 1
3	Desarrollar un ciclo de formación preventiva – educativa para promover en los usuarios del programa de atención al Adulto Mayor hábitos que permitan disminuir la aparición de enfermedades y riesgo de mortalidad.	Se realiza Ciclo de formación preventiva – educativa con la elaboración de una cartelera y un folleto formativo con los temas más relevantes para los adultos mayores. CARTELERA Y FOLLETO: COORDINACION Y VELOCIDAD DE REACCION EN EL ADULTO MAYOR.	REGISTRO FOTOGRAFICO OBLIGACION N° 3 ANEXO 1: registro fotográfico charlas sobre ANEXOS 2 Y 3 Folleto y Cartelera COORDINACION Y VELOCIDAD DE REACCION EN EL ADULTO MAYOR.
4	Realizar acompañamiento y orientación terapéutica a los usuarios que se encuentran Institucionalizados en el Centro de Protección del Programa Adulto Mayor con el fin de promover hábitos de vida saludable y disminuir incidencias de las patologías propias de la vejez.	No se adjunta la evidencia porque hasta la fecha no se han sido asignadas funciones a desarrollar en el Centro de Protección.	REGISTRO FOTOGRAFICO OBLIGACION N° 4 No requiere anexo
5	Realizar acompañamiento y orientación terapéutica a los usuarios que acceden al gimnasio terapéutico del Programa Adulto Mayor que requieran o se encuentren en un proceso de rehabilitación física.	Se realiza acompañamiento durante una hora en el área de gimnasio terapéutico con el fin de planificar el tiempo la intensidad y duración de cada asociado a ello con el objetivo de Mejorar la capacidad aeróbica y la tolerancia al esfuerzo de los adultos mayores mediante el uso progresivo de caminadora y bicicleta estática, favoreciendo la salud cardiovascular y la independencia	REGISTRO FOTOGRAFICO OBLIGACION # 5 ANEXOS: 1,2 y 3. Orientación gimnasio terapéutico al adulto mayor



N.º	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIA
		funcional, Mejorar la fuerza además Potenciar la coordinación, el equilibrio y el control postural mediante ejercicios guiados, reduciendo el riesgo de caídas y promoviendo una movilidad segura.	
6	Realizar seguimiento y evaluación de todos los usuarios atendidos a nivel grupal e individual dentro del Programa Adulto Mayor.	Se continúan las actividades programadas según el cronograma tanto para el gimnasio como para pilates terapéutico. Se diligenciará Formato seguimiento único de actividades VER:01- 2022 en forma digital, el cual determina fecha de realización, lugar, objetivo y descripción de la actividad realizada y el número de personas las cuales asistieron a la actividad. <ul style="list-style-type: none"> • Gimnasio • Pilates Terapéutico 	REGISTRO FOTOGRAFICO OBLIGACION # 6 ANEXO 1,2
7	Elaboración de mapa de riesgo de las enfermedades prevalentes de la vejez, y de acuerdo a este, establecer plan de trabajo en los adultos mayores asistentes al Programa Adulto Mayor.	De acuerdo con la proyección que realizará el área de enfermería se presentará el consolidado estadístico de las enfermedades prevalentes de la vejez para de esta manera realizar el respectivo seguimiento y orientación desde el área de fisioterapia a personas mayores.	REGISTRO FOTOGRAFICO OBLIGACION # 7 ANEXO 1
8	Orientar y canalizar a los adultos mayores a los servicios de promoción y prevención en salud en el Club Edad de Oro y sus Satélites.	Orientación de parte del personal de enfermería con formación preventiva sobre; venas várices.	REGISTRO FOTOGRAFICO OBLIGACION # 8 ANEXO 1
9	Consolidar mensualmente la información recolectada y presentar las estadísticas del Programa Adulto Mayor	Se presenta consolidado y análisis estadístico de los datos obtenidos de las personas mayores atendidas en terapia física y gimnasio terapéutico una vez iniciadas las actividades.	REGISTRO FOTOGRAFICO OBLIGACION # 9 ANEXO 1
10	Brindar acompañamiento y apoyo a las personas mayores que hacen parte del comedor comunitario en la Sede principal y satélites.	Se realizó apoyo a comedor comunitario Sede Principal y Satélite Granjitas.	REGISTRO FOTOGRAFICO OBLIGACION # 10 ANEXO 1,2 y 3
11	Acompañar a la Secretaría de Desarrollo Social en las reuniones, talleres y capacitaciones en las actividades Institucionales que tengan relación su objeto contractual.	-Reunión general, socialización actividades mes de junio a cargo de la Coordinadora dra cristina zipaquira. -Socialización Consejo	REGISTRO FOTOGRAFICO OBLIGACION # 11 ANEXO 1,2,3,4.

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CAJICÁ	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO: GCC-FM-011
	FORMATO	VERSIÓN: 02
	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA PERSONA NATURAL	FECHA: 01/MAR/2023

N.º	OBLIGACIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA	EVIDENCIA
		Gerontológico, -Postulados de los satélites. -Logística de los carteles de las camisetitas del día del buen trato a cargo de la profesional Julia Rodríguez Castañeda.	Reuniones grupo Multidisciplinario
12	Garantizar la disponibilidad para prestar los servicios profesionales y asegurar el cumplimiento de las obligaciones contractuales de acuerdo a los requerimientos realizados por el supervisor asignado.	Prestación de servicios profesionales como fisioterapeuta cumpliendo con cada una de las obligaciones asignadas.	OBLIGACION # 12 No requiere anexo.
13	Las demás inherentes al objeto del contrato.	-Apoyo Recepción Documentos salida lúdico Pedagógica proyectada para el mes de septiembre del 2026. - Apoyo Asistencia Club Edad de Oro. -Apoyo IX festival Busongote 2026. - Conmemoración 100 años del Ferrocarril de Cajicá Prestación de servicios profesionales como fisioterapeuta cumpliendo con cada una de las obligaciones asignadas.	<i>REGISTRO FOTOGRAFICO</i> ANEXOS: 1,2,3,4.

2. REGISTRO FOTOGRÁFICO Y/O ANEXOS

VER ANEXOS EN DOCUMENTO NOMBRADO documento el cual contiene los registros fotográficos y/o anexos de cada una de las actividades realizadas de acuerdo con cada una de las obligaciones

3. ACREDITACIÓN DE PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Relación de pagos de los aportes al Sistema de Seguridad Social y la entidad a la cual se hace el pago.

MES DE PAGO	JUNIO	
No. DE PLANILLA:	No 1082112328	
APORTES SALUD:	COMPENSAR	\$218.900
APORTES PENSION:	COLPENSIONES	\$280.200
APORTES ARP:	POSITIVA	\$ 9.200
CAJAS	COLSUBSIDIO	\$ 35.100
VALOR TOTAL PAGADO		\$543.400

CONTRATISTA
 BETTY MENDEZ DIAZ Contratista

Simple

PAGOSI PLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte

2026-06-16, 11:23:30 AM

Tipo Planilla

1

Número Planilla 1082112328

Referencia pago(PIN) 8823981838

Periodo Cotización 202606

Periodo Servicio 202606

Cliente:

PAGADA 2026-06-16

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	BETTY MENDEZ DIAZ	Dirección	DG 4 #0 - 36
Documento	CC 20424261	Teléfono	3118831410
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	CUNDINAMARCA
Ciudad	CAJICA	Identificación	
Representante Legal			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 20424261	Residente	Exonerado	Apellidos y Nombres		Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00	N	MENDEZ DIAZ BETTY		25126000 - 25	CUNDINAMARCA	CUNDINAMARCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades	Estratificación	Tipo salario	Salario	Pensión				Salud				Riesgos				Caja		Parafiscales											
				Código AFP	Tarifa AFP	IBC AFP	Total Aporte AFP	Código EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARTL	Clase Riesgo	Tarifa ARTL	IBC ARTL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SBVA	Aporte SBVA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa MEN	Aporte MEN
GR	0	0	\$ 1.720.905	25-14	16 %	\$ 1.720.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	EP9006	12,5 %	\$ 1.720.905	\$ 218.900	\$ 0	4-23	1	0,52 %	\$ 1.720.905	\$ 8.200	CCF22	2 %	\$ 1.720.905	\$ 35.100	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 8.200	\$ 35.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 543.400

Cajicá, 22 de junio de 2026

Señores
SECRETARIA DE HACIENDA
Municipio de Cajicá.
Ciudad

CERTIFICACIÓN JURAMENTADA

Yo, Betty Méndez Díaz identificado(a) con la cédula de ciudadanía 20.424.261 expedida en Cajicá, con actividad económica (CIU) 8692, declaro que actualmente tengo suscrito el Contrato de Prestación de Servicios No. 316 de fecha 23 de febrero de 2026.

El pago de seguridad social, se realizó a través de Planilla No 1082112328 del 16 de junio del 2026.

PERIODO COTIZADO	NOMBRE DE LA ENTIDAD		VALOR DEL APOORTE	VALOR PAGADO PLANILLA
JUNIO	Salud	COMPENSAR	\$218.900	\$543.400
	Pensión	COLPENSIONES	\$280.200	
	ARL	POSITIVA	\$9.200	
	Caja de Compensación.	COLSUBSIDIO	\$35.100	

Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto Único Reglamentario No. 1625 de 2016 (modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo la gravedad de juramento **(marque con una X)** que:

Para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto Único Reglamentario No. 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que:

SI	NO	PREGUNTA
	<input checked="" type="checkbox"/>	He contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término superior a 90 días continuos o discontinuos.
	<input checked="" type="checkbox"/>	He contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un período inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016.
	<input checked="" type="checkbox"/>	De conformidad con el párrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto Tributario, autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6% ,4% según aplique) a la determinada en el punto anterior (Depuración).
	<input checked="" type="checkbox"/>	Estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación – SIMPLE
	<input checked="" type="checkbox"/>	Soy responsable de IVA, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 437 del Estatuto Tributario Nacional.

Cordialmente,



Firma

Huella:



C.C. No. 20.424.261