Betulia, 25 de mayo 2026

DOCUMENTODE COBRO No 04

CORPORACIÓNCREERMAS NIT.
901.298.444-4

DEBE A

ANGIEPAULINAGOMEZ ORTIZ
CC. No 1015332075

La suma de Tres millones doscientos cincuenta y cinco mil trecientos cincuenta y cuatro pesos m/l ($3.251.354), por concepto de PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA MODALIDAD DE DESARROLLO INFANTIL HCB COMUNITARIO Y FAMI, EN LAS UNIDADES DE SERVICIOS ADSCRITAS AL CONTRATO DE APORTES No 05019212024.

Periodo de pago: Del 01 al 31 de mayo del 2026

Consignar en la cuenta No 912-571035-23 del banco BANCOLOMBIA tipo de cuenta AHORROS

Atentamente,



AngiePaulinaGómezOrtiz CC.1015332075
Dirección: La Gruta, Betulia-Antioquia Celular
3161039875
Correoelectrónico:paulina.gor1999@gmail.com

No soyresponsable sobre el impuesto sobre las ventas

REPORTE DE ACTIVIDADES MENSUAL

INFORME NÚMERO	4
FECHA:	25/05/2026
PERIODO (MES QUE COBRA):	Mayo
NOMBRE:	ANGIE PAULINA GOMEZ ORTIZ
CONTRATO:	*05019212024*
OBJETO:	EL CONTRATISTA: Se compromete con EL CONTRATANTE a prestar, con suma diligencia, dedicación, con plena autonomía técnica y administrativa los servicios de: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS en el cargo de (AUXILIAR DE ENFERMERIA) del CONTRATO N ° *05019212024* PARA EL PROGRAMA DE: HCB COMUNITARIOS Y FAMI

ACTIVIDADES CONTRACTUALES:

1. Liderar la implementación del componente Salud y Nutrición.
2. Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y articulado en favor de la atención integral de niñas y niños.
3. Apoyar la consolidación de los datos y participar activamente en el análisis del Anexo de orientaciones para el proceso de caracterización en los servicios de educación inicial de ICBF o documento que lo modifique o sustituya, con el fin de planear juntamente con la madre o padre comunitario y la comunidad las acciones dirigidas al trabajo con familias.
4. Diseñar e implementar el plan de capacitación continuo y permanente para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos ofrecidos en el servicio de alimentación.
5. Elaborar los ciclos de menús acordes a la minuta patrón establecida por el ICBF y hacer seguimiento a su aplicación en los HCB.
6. Construir y socializar con el talento humano, rutas de gestión

lleven a la atención oportuna en salud, incluyéndola activación de la ruta en los casos desnutrición aguda, moderada y severa.

7. Capacitar y asesorar a las madres o padres comunitarios en la técnica para la toma de medidas antropométricas e identificación de signos físicos asociados a la desnutrición aguda, realizar la toma de los datos antropométricos, hacer el respectivo seguimiento de las niñas y los niños y diseñar las acciones correspondientes en el marco del sistema de seguimiento nutricional.
8. Asesorar a todo el equipo interdisciplinario en los protocolos de activación de las rutas de salud, cuando se requiera.
9. Fomentar la participación de las familias y la comunidad en el proceso de formación de AIEPI comunitario (atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia).
10. Participar en mesas de articulación intersectorial relacionadas con el servicio de HCB, con el fin de garantizar las atenciones que requieren niñas y niños, según la Ruta Integral de Atenciones.
11. Participar en las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia.
12. Realizar procesos de educación alimentaria y nutricional con las familias de las niñas y niños participantes del servicio, de tal forma que se abarquen temas como lactancia humana, hábitos y estilos de vida saludables, entre otros.
13. Apoyar en conjunto con el equipo interdisciplinario el diseño e implementación del Plan de Gestión de Riesgos de accidentes y desastres-

Presentación de planeaciones, informes mensuales yactas de cada visita de acompañamiento.

14. Dar cumplimiento al cronograma mensual estipulado por la entidad, para la correcta operatividad de la modalidad.



Firma del ContratistaCC 1015332075

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14990039586

(415)7707212489984(8020) 000001499003958 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1015332075	2	Impuestos de Medellín 1 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1015332075	2022/02/15

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Betulia 0 9 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GOMEZ	ORTIZ	ANGIE	PAULINA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Betulia 0 9 3

41. Dirección principal: CL 20 # 20 - 39

42. Correo electrónico: angiepaulinagomezortiz@gmail.com

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

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
8511	2024/03/11						

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 5	2	2	4	9																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha 2024 - 03 - 11 / 15 : 36: 19

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 GOMEZ ORTIZ ANGIE PAULINA

985. Cargo Contribuyente

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



FECHA DE NACIMIENTO 03-FEB-2004

BETULIA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

15-FEB-2022 BETULIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-0105500-01297238-F-1015332075-20220511 00793 00677A 2 54793103



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.015.332.075

GOMEZ ORTIZ

APELLIDOS

ANGIE PAULINA

NOMBRES

Angie Paulina Gómez

FIRMA

Certificación Bancaria

Miércoles, 25 de febrero de 2026

Creer Más

Bancolombia S.A. se permite informar que ANGIE PAULINA GOMEZ ORTIZ identificado(a) con CC 1015332075, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	91257103523	2023-09-05	ACTIVO	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05
Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

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	1015332075	ANGIE PAULINA GOMEZ ORTIZ		Barrio Tolima	3161039875	Paulina.gor1999@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			ANTIOQUIA	BETULIA		NO

TOTALES POR SUBSISTEMAS

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78669294		1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$579.800	

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					
EPS040	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	900604350-0	245.300	0		0		0	0	0	0	245.300	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

25-14	Colpensiones	900336004-7	314.000	0	0	0	0	0	0		314.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	20.500				20.500	0	0	20.500			205	20.500	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	245.300	245.300
Pensión	1	314.000	314.000
Riesgos Laborales	1	20.500	20.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	579.800	579.800

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	1015332075	ANGIE PAULINA GOMEZ ORTIZ	Barrio Tolima	3161039875	Paulina.gor1999@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		ANTIOQUIA	BETULIA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78669294		1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$579.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Extranjero	Colomb. Exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Dias	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL			Cotización	Código CCF	IBC CCF		Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1015332075	GOMEZ ORTIZ ANGIE PAULINA	57	0			N															25-14	1.962.354	30	314.000	0	0	0	0	EPS040	1.962.354	30	245.300	14-11	1.962.354	30	2	20.500		0	0	0	0	0	0	0	0

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