

Cajicá, 30 de junio de 2026

**CUENTA DE COBRO N° 001**

**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 25 de junio al 30 de junio del 2026 con el contrato de prestación de servicios N° 515-2026.

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

Valor: la suma de: **OCHOCIENTOS TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE (803.400)**

Cordialmente,




**BETTY MÉNDEZ DIAZ**

**C.C. 20.424.261 DE CAJICA.**


**DIRECCIÓN: DG 4-036 ESTE-CAJICA**

**TFI · 3118831410**



 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CAJICÁ	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO: GCC-FM-013
	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA PAGO PARCIAL	FECHA: 01/MAR/2023

NÚMERO Y TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de servicios N° 515-2026
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",
ACTA N°	01
CIUDAD Y FECHA DE LA PRESENTE ACTA:	Cajicá, 30 de junio de 2026
PERIODO DE LA PRESENTE ACTA	Del 23 al 30 de junio de 2026
DEPENDENCIA	Secretaria de Desarrollo Social Dirección para la Equidad y la Familia
N° CDP ( CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL)	2026001345
CONTRATISTA	BETTY MENDEZ DIAZ
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	C.C. 20.424.261
VALOR DEL CONTRATO	VEINTITRÉS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS MIL QUINIENTOS MIL PESOS (\$23.432.500) M/CTE
VALOR ADICIÓN	NO APLICA
FECHA SUSCRIPCIÓN ADICIÓN	NO APLICA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	VEINTITRÉS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS MIL QUINIENTOS MIL PESOS (\$23.432.500) M/CTE
FECHA SUSCRIPCIÓN CONTRATO	23/06/2026
FECHA DE INICIO	24/06/2026
PLAZO DEL CONTRATO	CINCO (05) MESES, VEINTICINCO (25) DIAS
FECHA DE TERMINACIÓN	18/12/2026
TIEMPO DE LA PRÓRROGA	NO APLICA
FECHA SUSCRIPCIÓN PRORROGA	NO APLICA
NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN	NO APLICA
FECHA SUSCRIPCIÓN MODIFICACIÓN	NO APLICA
N° REGISTRO PRESUPUESTAL	2026002183
FORMA DE PAGO	<p><b>EL MUNICIPIO</b> pagara al <b>CONTRATISTA</b> el valor del presente contrato a título de honorarios por mensualidades vencidas así:</p> <p>a) Un primer pago proporcional a los días calendario ejecutados, por el periodo comprendido entre la fecha de inicio del contrato y el ultimo día calendario del mismo mes, previa presentación del informe de actividades y recibido a satisfacción por parte del supervisor</p> <p>B) CUATRO (04) pagos mensuales vencidos equivalentes</p>

 <b>ALCALDÍA MUNICIPAL DE CAJICA</b>	<b>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b>	<b>CÓDIGO: GCC-FM-013</b>
	<b>FORMATO</b>	<b>VERSIÓN: 02</b>
	<b>ACTA PAGO PARCIAL</b>	<b>FECHA: 01/MAR/2023</b>

	<p>M/CTE, cada uno siempre y cuando se cumpla con el objeto del contrato previa presentación del informe mensual de actividades y recibido a satisfacción por parte del supervisor</p> <p>c) Un último pago proporcional por los días de prestación de servicios en el último mes, el cual estará supeditado al cumplimiento del objeto del contrato y recibo a satisfacción.</p>	
<b>SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES</b>	# PLANILLA	1082805222
	MES COTIZADO	JULIO
	IBC	\$ 1.750.905
	SALUD	\$ 218.900
	PENSIÓN	\$ 280.200
	ARL	\$ 9.200
	CCF	\$ 35.100
	TOTAL DE APORTES	\$ 543.400
<b>SUPERVISOR(ES)</b>	El control y vigilancia de la ejecución y cumplimiento de las obligaciones y del objeto del contrato estará a cargo del Secretaría Desarrollo Social - Dirección de Equidad y Familia y/o quienes hagan sus veces, de conformidad con lo establecido en el documento de los estudios previos de la presente contratación, que hacen parte integral del contrato que se aprueba en el SECOP II y teniendo en cuenta las obligaciones asignadas mediante la Resolución No. 014 de 2023, mediante la cual se adopta el manual de supervisión, siendo obligación del supervisor su conocimiento..	
<b>*CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL</b>	<b>CUMPLE A SATISFACCIÓN LAS ACTIVIDADES PACTADAS</b>	

**\*GARANTIAS:**


COMPañÍA DE SEGUROS	Nº DE PÓLIZA	AMPARO	VALOR ASEGURADO	DESDE	HASTA
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

**ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO**

ITEM	DETALLE	VALORES (Cifra en pesos colombianos )
1	VALOR INICIAL	\$ 23.432.500
2	VALOR ADICIÓN	NO APLICA
3	VALOR TOTAL	\$ 20.085.000
4	VALOR ACTA PARCIAL 1	\$ 1.071.200
5	VALOR TOTAL EJECUTADO	\$ 1.071.200
6	SALDO POR EJECUTAR	\$22.361.300

En esta sección se debe listar en orden consecutivo las actas realizadas durante el proceso contractual, si existe un acta que no genera egreso se debe colocar el campo NO APLICA.

Si existe más de un pago, se deben insertar las filas e indicar el consecutivo del pago

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CAJICÁ	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO: GCC-FM-013
	FORMATO	VERSIÓN: 02
	ACTA PAGO PARCIAL	FECHA: 01/MAR/2023

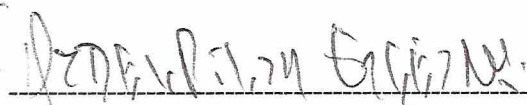
N° DE ACTA	FECHA	DESCRIPCIÓN	EGRESO N°
01	30 de junio de 2026	ACTA DE PAGO N° 01	

**DESCRIPCIÓN DEL RUBRO AFECTADO:**

En esta sección se debe listar en orden consecutivo las actas realizadas durante el proceso contractual, indicando el rubro afectado en cada una de estas. En caso no generar afectación de rubro se debe colocar NO APLICA.

N° DE ACTA	FECHA	RUBRO AFECTADO
01	30 de junio de 2026	2.3.2.4104008-2024251260023-2.3.2.02.02.008-93-1.3.3.3.20- NGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINACION/Elaborar e Implementar anualmente 1 Plan Municipal Integral de Bienestar a la Persona Mayor/ADMINISTRACION CENTRAL/Servicio de atención y protección integral al adulto mayor/INGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINACION, \$ 1.071.200


En constancia se firma por quienes en ella intervinieron; a los treinta (30) días del mes junio de dos mil veintiséis (2026).




**MARIA DEL PILAR GALEANO HEREDIA**  
DIRECTORA PARA LA EQUIDAD Y LA FAMILIA  
SUPERVISORA



**BETTY MENDEZ DIAZ**  
CC N° 20.424.261  
Contratista

Proyectó: Alexandra Rosero - SDS  
Revisó y Aprobó: Dra. María del Pilar Galeano, Directora para la Equidad y la Familia 




 <b>ALCALDÍA MUNICIPAL DE CAJICÁ</b>	<b>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b>	<b>CÓDIGO: GCC-FM-012</b>
	<b>FORMATO</b>	<b>VERSIÓN: 02</b>
	<b>INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O INTERVENTORIA PERSONA NATURAL</b>	<b>FECHA: 01/MAR/2023</b>

## 1. OBJETIVO

Llevar a cabo las tareas de vigilancia de la ejecución contractual e informar al municipio de Cajicá acerca del desarrollo del mismo verificando el cumplimiento de las obligaciones contractuales a lo largo de su ejecución en desarrollo de las obligaciones legales contenidas en los artículos 83, 84 y siguientes de la ley 1474 de 2011.

## 2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO:

<b>CIUDAD Y FECHA</b>	Cajicá, 30 de junio de 2026
<b>DEPENDENCIA</b>	Secretaria de Desarrollo Social Dirección para la Equidad y la Familia
<b>OBJETO</b>	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,
<b>CONTRATISTA</b>	BETTY MENDEZ DIAZ
<b>NUMERO DE IDENTIFICACION</b>	C.C. 20.424.261
<b>RUBRO</b>	2.3.2.4104008-2024251260023-2.3.2.02.02.008-93-1.2.1.0.00
<b>CDP ( Certificado de Disponibilidad Presupuestal)</b>	2026001345
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	VEINTITRÉS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS MIL QUINIENTOS MIL PESOS (\$23.432.500) M/CTE ,
<b>FECHA SUSCRIPCION CONTRATO</b>	23/06/2026
<b>FECHA DE INICIO</b>	24/06/2026
<b>FECHA DE TERMINACION</b>	18/12/2026
<b>PLAZO DEL CONTRATO</b>	CINCO (05) MESES, VEINTICINCO (25) DIAS
<b>REGISTRO PRESUPUESTAL</b>	2026002183
<b>FORMA DE PAGO</b>	<p>EL MUNICIPIO pagara al CONTRATISTA el valor del presente contrato a título de honorarios por mensualidades vencidas así:</p> <p>A0029 Un primer pago proporcional a los días calendario ejecutados, por el periodo comprendido entre la fecha de inicio del contrato y el ultimo día calendario del mismo mes, previa presentación del informe de actividades y recibido a satisfacción por parte del supervisor</p> <p>B) CUATRO (04) pagos mensuales vencidos equivalentes a CUATRO MILLONES DIECISIETE MIL PESOS (\$4.017.000) M/CTE, cada uno siempre y cuando se cumpla con el objeto del contrato previa presentación del informe mensual de actividades y recibido a satisfacción por parte del supervisor</p> <p>c) Un último pago proporcional por los días de prestación de servicios en el último mes, el cual estará supeditado al cumplimiento del objeto del contrato y recibo a satisfacción.</p>
	El control y vigilancia de la ejecución y cumplimiento de las obligaciones y del objeto del contrato estará a cargo del

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CAJICA	<b>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b>	<b>CÓDIGO: GCC-FM-012</b>
	<b>FORMATO</b>	<b>VERSIÓN: 02</b>
	<b>INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O INTERVENTORÍA PERSONA NATURAL</b>	<b>FECHA: 01/MAR/2023</b>

	<p>el documento de los estudios previos de la presente contratación, que hacen parte integral del contrato que se aprueba en el SECOP II y teniendo en cuenta las obligaciones asignadas mediante la Resolución No. 014 de 2023, mediante la cual se adopta el manual de supervisión, siendo obligación del supervisor su conocimiento..</p>
--	--

Desarrollo de la ejecución del contrato:

Teniendo en cuenta que mediante comunicación electrónica expedida por la Plataforma SECOP II 14 de octubre se informó la designación como SUPERVISOR del contrato de la referencia, me permito presentar el informe del desarrollo del objeto contractual correspondiente al periodo comprendido entre el **23 al 30 de junio de 2026**, de conformidad con lo dispuesto en el Manual de Contratación, Supervisión e Interventoría adoptado mediante Resolución N° 014 del 14 de enero de 2019 y con base en las estipulaciones del contrato.

### 3. DESCRIBIR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS FRENTE A LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

**ASPECTOS TECNICOS:** Debe incluir el grado de avance en porcentaje (4.57%)

Atendiendo las obligaciones establecida por la entidad en el contrato de prestación de servicios aquí descrito, se establece que respecto de las obligaciones y actividades encomendadas para el periodo aquí certificado estas se cumplieron las actividades a su cabalidad.

En cuanto al porcentaje de ejecución correspondiente al termino de ejecución del contrato que sería hasta **22/06/2026**, el porcentaje de ejecución sería del (4.57%)

Ahora en cuanto al cumplimiento y acorde con el informe presentado por al contratista se establece por parte de eta supervisión que se dio cabal y oportuno cumplimiento.

**ASPECTOS FINANCIEROS:** Debe incluir el grado de avance en porcentaje (4.57%)

En cuanto al porcentaje de ejecución correspondiente al componente financiero del contrato se determina que el pago a efectuar, por valor de \$ 1.071.200/MCTE. correspondería a un porcentaje de ejecución 18.1%

Para efectuar el pago correspondiente al presente informe se afectará los siguientes rubros de conformidad con el certificado de disponibilidad y registro que amparan el presente contrato.

Rubro: 2. .3.2.4104008-2024251260023-2.3.2.02.02.008-93-1.3.3.3.20 -

Certificado de disponibilidad presupuesta: 2026001345

Certificado de Registro Presupuesta: 2026002183

**ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:**


Comprende el control, seguimiento y evaluación de las condiciones, procesos y procedimientos administrativos que deban cumplirse durante la marcha y la realización del contrato.

Previo a expedir el presente informe se verifico que el contrato contara con los documentos exigidos para su perfeccionamiento y ejecución.

Así mismo y como se mencionó en líneas anteriores se verifico el cabal cumplimiento en las obligaciones descritas en el contrato.

Se verifico el cumplimiento por parte del contratista, respecto de la afiliación al pago de seguridad social, y que la base de cotización correspondiera de conformidad con el monto del contrato.

Conforme lo expuesto se evidencia el cumplimiento de requisitos, que nos permitan efectuar el respectivo pago

 ALCALDÍA MUNICIPAL DE CAJICÁ	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO: GCC-FM-012
	FORMATO	VERSIÓN: 02
	INFORME DE SUPERVISIÓN Y/O INTERVENTORÍA PERSONA NATURAL	FECHA: 01/MAR/2023

**GARANTIAS:**

COMPañIA DE SEGUROS	Nº DE PÓLIZA	AMPARO	VALOR ASEGURADO	DESDE	HASTA
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

**VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LOS PAGOS EFECTUADOS POR PARTE DEL CONTARTISTA EN SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL:**

MES DE PAGO	JULIO	
Nº DE PLANILLA:	1082805222	
APORTES SALUD:	COMPENSAR	\$ 218.900
APORTES PENSION:	COLPENSIONES	\$ 280.200
APORTES ARL	POSITIVA	\$9.200
APORTES CCF	COLSUBSIDIO	\$35.100
VALOR TOTAL PAGADO		\$ 543.400

**4. OBSERVACIONES, RECOMENDACIONES Y/ O SUGERENCIAS**

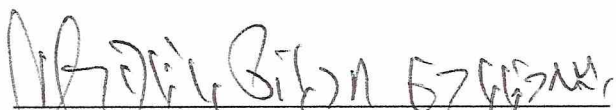
Se evidencia el cumplimiento de las obligaciones descritas en el contrato, por lo cual no se formularán observaciones, respecto de este informe.

Se aclara que el valor a cobrar ha sido ajustado conforme a la metodología de cálculo establecida, la cual parte de mensualidades equivalentes a treinta (30) días. En consecuencia, el monto facturado corresponde al valor proporcional resultante de dicha base de cálculo, independientemente del número real de días calendario del mes respectivo.

**5. DOCUMENTOS ANEXOS**

Planilla de seguridad social  
Cuenta de Cobro  
Declaración jurementada  
Informe de actividades  
Anexos

Firma del Supervisor del Contrato:

  
**MARIA DEL PILAR GALEANO HEREDIA**  
**DIRECTORA PARA LA EQUIDAD Y LA FAMILIA**  
**SUPERVISORA**

Nota: Todos los informes originales presentados por los supervisores e interventores deberán reposar en la carpeta contractual respectiva.



Cajicá, 30 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. 515 e fecha 23 de junio de 2026.

El pago de seguridad social, se realizó a través de Planilla No 1082805222 del 23 de junio del 2026.

PERIODO COTIZADO	NOMBRE DE LA ENTIDAD		VALOR DEL APORTE	VALOR PAGADO PLANILLA
JULIO	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:

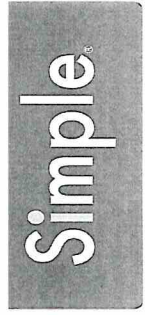
SI	NO	PREGUNTA
	x	He contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término superior a 90 días continuos o discontinuos.
	x	He contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un período 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.
	x	De conformidad con el parágrafo 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).
	x	Estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación – SIMPLE
	x	Soy responsable de IVA, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 437 del Estatuto Tributario Nacional.

Respectuosamente,

Huella:







Fecha creación reporte 2026-06-23, 06:47:51 PM

Tipo Planilla I

Número Planilla 1082805222

Referencia pago(PIN) 8823981838

Periodo Cotización 202607

Periodo Servicio 202607

Cliente:

**PAGADA 2026-06-23 EN HORARIO EXTENDIDO**

**I. DATOS DEL APORTANTE**

Razón Social	BETTY MENDEZ DIAZ		
Documento	CC 20424261		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	CAJICA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal	Identificación		
	Dirección	DG 4 #0 - 36	
	Teléfono	3118831410	
	Total Afiliados	1	

**II. DATOS DEL AFILIADO**

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

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

Novedades	Pensión				Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales			
	Código AFP	Tasa AFP	Total Aporte AFP	Salario	Código EPS	Tasa EPS	Total Aporte EPS	Excedente	Código ARL	Tasa ARL	Total Aporte ARL	Clase Riesgo	Código CCF	Tasa CCF	Total Aporte CCF	Terifa SENA	Aporte SENA	Terifa ICBF	Aporte ICBF	
	25-14	16%	\$ 280.200	\$ 1.750.905	EPS008	12,5 %	\$ 216.900		14-23	0,922 %	\$ 1.750.905	1	CCF22	2 %	\$ 17.750.905	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
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	\$ 543.400
\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 216.900	\$ 9.200	\$ 35.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 543.400



