

Betulia, 25 de junio 2026

DOCUMENTODE COBRO No 05

**CORPORACIÓN CREERMAS NIT.
901.298.444-4**

DEBE A

**ANGIE PAULINA GOMEZ ORTIZ
CC. No 1015332075**

La suma de Tres millones doscientos cincuenta y cinco mil trescientos 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 30 de junio del 2026

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

Atentamente,



Angie Paulina Gómez Ortiz CC.1015332075
Dirección: La Gruta, Betulia-Antioquia Celular
3161039875
Correoelectrónico: paulina.gor1999@gmail.com

No soy responsable sobre el impuesto sobre las ventas

REPORTE DE ACTIVIDADES MENSUAL

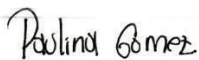
INFORME NUMERO	5
FECHA:	25/06/2026
PERIODO (MES QUE COBRA):	Junio
NOMBRE:	ANGIE PAULINA GOMEZ ORTIZ
CONTRATO:	05019212024
OBJETO:	EL CONTRATISTA: Se compromete con EL CONTRATANTE a prestar, con suma diligencia, dedicación, con plena autonomía técnica y administrativa los servicios de: CONTRATO DE PRESTACIÓN 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 y actas de cada visita de acompañamiento.
14. Dar cumplimiento al cronograma mensual estipulado por la entidad, para la correcta operatividad de la modalidad.



Firma del Contratista CC 1015332075

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario

14990039586



(415)7707212489984(8020) 0000014990039586

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 1 5 3 3 2 0 7 5

6. DV

2

12. Dirección seccional

Impuestos de Medellín

14. Buzón electrónico

1 1

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 1 5 3 3 2 0 7 5

27. Fecha expedición

2 0 2 2, 0 2, 1 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Antioquia

0 5

30. Ciudad/Municipio

Betulia

0 9 3

31. Primer apellido

GOMEZ

32. Segundo apellido

ORTIZ

33. Primer nombre

ANGIE

34. Otros nombres

PAULINA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Antioquia

0 5

40. Ciudad/Municipio

Betulia

0 9 3

41. Dirección principal

CL 20 # 20 - 39

42. Correo electrónico

angiepaulinagomezortiz@gmail.com

43. Código postal

5 7

44. Teléfono 1

3 1 6 1 0 3 9 8 7 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 1 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 4, 0 3, 1 1

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 2 2 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		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 ☒ 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



FECHA DE NACIMIENTO **03-FEB-2004**

BETULIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 **A+**
ESTATURA 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

0079300677A 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

Crear 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.

 **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 correosospchoso@bancolombia.com.co

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92980529	26/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$579.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	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					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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
25-14	Colpensiones	900336004-7	314.000		0	0	0	0	0	0		314.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					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
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		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

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

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92980529	26/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$579.800	

[illegible]