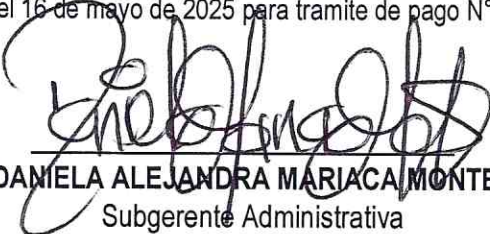
	<b>GESTIÓN JURÍDICA</b>	Código: F-GJ-13
	<b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO</b>	Versión: 09 Fecha: 11/06/2024 Página 1 de 1

<b>CONTRATO NÚMERO</b>	005- 2025
<b>CONTRATANTE</b>	INSTITUTO DE DESARROLLO DE ARAUCA-IDEAR
<b>CONTRATISTA</b>	MARIA LUISA ARAQUE GUALDRÓN
<b>OBJETO</b>	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA DEL INSTITUTO DE DESARROLLO DE ARAUCA IDEAR (AUXILIAR ADMINISTRATIVO – GENERAL 1).
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$9.600.000)
<b>PLAZO</b>	SEIS (06) MESES
<b>FECHA DE ACTA DE INICIO</b>	15 DE ENERO DE 2025
<b>FECHA DE ACTA DE SUSPENSIÓN</b>	N/A
<b>FECHA DE ACTA DE REINICIO</b>	N/A
<b>FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL</b>	15 DE JULIO DE 2025
<b>PERIODO DE EJECUCIÓN</b>	15 DE ABRIL DE 2025 AL 15 DE MAYO DE 2025
<b>VALOR A PAGAR</b>	UN MILLÓN SEISCIENTOS MIL PESOS (\$1.600.000)
<b>SUPERVISOR</b>	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA

La suscrita Subgerente Administrativa del INSTITUTO DE DESARROLLO DE ARAUCA-IDEAR, **DANIELA ALEJANDRA MARIACA MONTES** identificada con Cedula de Ciudadanía N° 1.098.675.440 en su condición de Supervisora del Contrato de Prestación de servicios de Apoyo a la Gestión No. 005 de 2025, **CERTIFICA** que la contratista **MARIA LUISA ARAQUE GUALDRÓN** identificada con cedula de ciudadanía N° 37.892.964 DE SAN GIL, ejecutó las actividades de manera idónea y responsable, según informe de actividades para el periodo correspondiente del 15 de abril de 2025, al 15 de mayo de 2025.

Así mismo se deja constancia que los aportes de seguridad social fueron verificados y en cumplimiento de su objeto.

Se firma el presente documentos el 16 de mayo de 2025 para tramite de pago N° 004.

  
**DANIELA ALEJANDRA MARIACA MONTES**  
 Subgerente Administrativa

CUENTA DE COBRO 004

EL INSTITUTO DE DESARROLLO DE ARAUCA - IDEAR

DEBE A:


MARIA LUISA ARAQUE GUALDRON  
C.C. N° 37.892.964 de San Gil Santander


La suma de..... (\$1.600.000)  
UN MILLÓN SEISCIENTOS MIL PESOS.

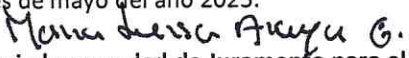
Por concepto de honorarios del Contrato de Prestación de Servicios N° 005 del 15 de enero de 2025, durante el período comprendido entre el 15 de abril al 15 de mayo de 2025, cuyo objeto es: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA DEL INSTITUTO DE DESARROLLO DE ARAUCA IDEAR (AUXILIAR ADMINISTRATIVO – GENERAL 1).

Atentamente,

Maria Luisa Araque G.  
MARIA LUISA ARAQUE GUALDRON  
C.C. N° 37.892.964 de Arauca

 INSTITUTO DE DESARROLLO  
DE ARAUCA  
NIT: 834.000.764-4  
idear  
FECHA: 16/05/25 HORA: 9:00 am  
RECIBIDO POR: JOHANA GOMEZ RIV. VC.  
VENTANILLA ÚNICA

	<b>GESTIÓN FINANCIERA</b>	Código: F-GF-CB-01
	<b>DEPURACIÓN PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	Versión: 02
		Fecha: 11/06/2024
		Página: 1 de 2

DEPURACIÓN PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE				
IDENTIFICACIÓN				
NOMBRES Y APELLIDOS	MARIA LUISA ARAQUIE GUALDRON			
No. IDENTIFICACIÓN	37.892.964 DE SAN GIL SANTANDER			
SERVICIO PRESTADO	PRESTACIÓN DE APOYO A LA GESTIÓN AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES			
DECLARANTE DE RENTA	<input type="checkbox"/>	NO DECLARANTE DE RENTA	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>1. CREDITO DE VIVIENDA, definido en el art 37 párrafo 1 Estatuto Tributario?</b>				
a. ¿Paga intereses por créditos de vivienda?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
b. ¿Adjunta certificación?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
c. ¿Crédito Compartido?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
En caso de contestar afirmativamente el punto 1c:				
% que le corresponde		Valor que le corresponde	\$	
<b>2. PAGOS DE SALUD, definido en el art 387 literal a Estatuto Tributario)</b>				
¿Realiza Aportes a Salud, Medicina prepagada de acuerdo con el artículo 387 numeral a y b del E.T.?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Si Adjunta Certificado, Marque una X				
<b>3. DEPENDIENTES</b>				
<b>¿Tiene usted alguno de los siguientes DEPENDIENTES, definido en el artículo 387 parágrafo 2 Estatuto Tributario? Marque con una X si cumple y adjunta certificado</b>				
a) Hijos menores de 18 años, <u>registro civil de nacimiento</u>				
b) Hijos con edad entre 18 y 23 años, el cuál usted se encuentre financiando su educación 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. <u>Certificado que acredite que el dependiente está estudiando</u>				
c) Hijos mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, <u>certificado por Medicina Legal.</u>				
d) Cónyuge o compañero permanente del que se encuentre en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos menores a doscientas sesenta (260) UVT, <u>certificada por contador público</u> , o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean <u>certificados por Medicina Legal.</u>				
e) Padres y hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos, o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, <u>certificada por contador público</u> , o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean <u>certificados por Medicina Legal.</u>	X			
<b>Relación de dependientes</b>				
Nombres y Apellidos	Tipo de Documento	Identificación No.	Edad	Parentesco
MARIA DE LA CRUZ GUALDRON	C.C	28.379.098	91 AÑOS	MADRE
La anterior se firma el día <u>16</u> del mes de mayo del año 2025.				
 <b>Se firma bajo la gravedad de Juramento para el numeral 3</b>				

**CERTIFICADO DE NO UTILIZACION DE COSTOS Y DEDUCCIONES  
ASOCIADOS A RENTAS DE TRABAJO**

(Inciso 1 del Parágrafo 2 del Artículo 383 del E.T., modificado por el artículo 8 de la Ley 2277 de 2022 - Numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016 modificados por los artículos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023)

Yo, MARIA LUISA ARAQUE GUALDRÓN con cédula de ciudadanía No. 37.892.964

**MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**


QUE:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de que trata el artículo 383 del Estatuto tributario a las rentas de trabajo, informo que no haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES originados en el contrato por prestación de servicios vigente suscrito con el INSTITUTO DE DESARROLLO DE ARAUCA.

Por lo anterior, solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tomada en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.


Ciudad y fecha 16 de mayo de 2025

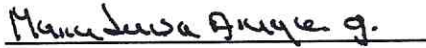
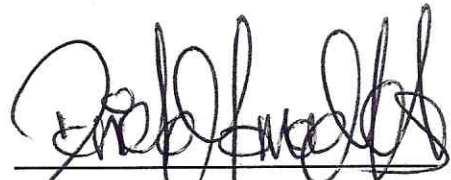
Firma Maria Luisa Araque G.

	<b>GESTIÓN JURÍDICA</b>	<b>Código: F-GJ-14</b>
		<b>Versión: 02</b>
	<b>INFORME DE ACTIVIDADES</b>	<b>Fecha: 11/06/2024</b>
		<b>Página 1 de 2</b>

### INFORME DE ACTIVIDADES

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO		
<b>PERIODO DEL INFORME</b>	15 de abril de 2025 al 15 de mayo de 2025	
<b>CONTRATO No.</b>	005 DE 2025	
<b>TIPO DE CONTRATO</b>	Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión	
<b>NOMBRE DEL CONTRATANTE</b>	Instituto de Desarrollo de Arauca – IDEAR	
<b>OBJETO DEL CONTRATO</b>	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA DEL INSTITUTO DE DESARROLLO DE ARAUCA IDEAR (AUXILIAR ADMINISTRATIVO – GENERAL 1).	
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	MARIA LUISA ARAQUE GUALDRÓN	
<b>NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN</b>	37.892.964 DE SAN GIL	
<b>PLAZO DE EJECUCIÓN</b>	Seis Meses (06)	
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$9.600.000)	
<b>REGISTRO PRESUPUESTAL</b>	12-2025	
<b>FECHA ACTA DE INICIO</b>	15 de enero de 2025	
<b>FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN</b>	15 de julio de 2025	
ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO		
OBLIGACIONES DEL CONTRATO	ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTA Y LA UBICACIÓN DOCUMENTAL (físico y/o virtual)	
1	Mantener en perfecto estado de aseo y desinfección de las oficinas, pasillo, baños y cocina de la Sede Administrativa y Operativa del IDEAR.	Se realizo durante el periodo informado esta actividad, todos los días.
2	Realizar la limpieza de equipos de oficina y puestos de trabajo.	Todos los días se realiza la limpieza.
3	Prestar el servicio de aseo y cafetería en los lugares de funcionamiento de la Entidad.	Todos los días se suministra, café, agua y aromática a los trabajadores de la entidad, visitantes y usuarios.
4	Presentar informes.	Informe para la cuenta No.4

	<b>GESTIÓN JURÍDICA</b>	Código: F-GJ-14
	<b>INFORME DE ACTIVIDADES</b>	Versión: 02 Fecha: 11/06/2024 Página 2 de 2

5	Velar por la conservación y seguridad de los elementos suministrados para la ejecución de las actividades.	
<p><b>DECLARACIÓN:</b> Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.</p>		
<b>PAGO APORTES EN SALUD</b>		7968396573 (\$178.000)
<b>PAGO APORTES PENSION</b>		7968396573 (\$227.800)
<b>PAGO A.R.L.</b>		7968396573 (\$7.500)
 <b>MARÍA LUISA ARAQUE GUALDRÓN</b> C.C. 37.892.964		
 <b>DANIELA ALEJANDRA MARIACA MONTES</b> <b>SUBGERENTE ADMINISTRATIVA</b>		

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

<b>DATOS GENERALES DEL APORTANTE</b> CÉDULA DE CIUDADANÍA: 3782284 MARIA LUISA ARAUQUE GUALDRON ARAUCA DEPARTAMENTO FLOR DE MLLANO TELÉFONO: 8030100 OS-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: PUNTO UNICO ACTIVIDAD ECONOMICA: XONERADO PAGO APORTES SALUD, SIENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO	<b>DATOS GENERALES DE LA PLANILLA</b> NÚMERO PLANILLA: 7966396573 TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN OTROS: 2025 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: DÍAS DE MORA: 0 FECHA PAGO (aaaa-mm-dd): 2025/05/12 NÚMERO AUTORIZACIÓN: MES: abril AÑO: 2025 MES: abril AÑO: 2025 INDEPENDIENTES: 2025 1471232001
--	---

TOTAL APORTES A PENSIÓN		TOTAL APORTES A SALUD	
APORTES VOLUNTARIOS	APORTES A PENSIÓN	APORTES A SALUD	APORTES A SALUD
EMP. PAJOR \$ 0	COTIZANTE \$ 227,800	EMP. PAJOR \$ 0	COTIZANTE \$ 227,800
FSP \$ 0	SUBSISTENCIA \$ 0	FSP \$ 0	SUBSISTENCIA \$ 0
MORA \$ 0	COTIZACIÓN \$ 0	MORA \$ 0	COTIZACIÓN \$ 0
TOTAL APORTES A PENSIÓN \$ 227,800		TOTAL APORTES A SALUD \$ 0	

ADMINISTRADORA	NOMBRE	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTAL			
		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037-ANUEVA EPS		1	\$ 0		\$ 0		\$ 178,000		\$ 0		\$ 178,000	\$ 0	\$ 178,000
TOTAL							\$ 178,000		\$ 0		\$ 178,000	\$ 0	\$ 178,000

ADMINISTRADORA	NOMBRE	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTAL			
		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037-ANUEVA EPS		1	\$ 0		\$ 0		\$ 178,000		\$ 0		\$ 178,000	\$ 0	\$ 178,000
TOTAL							\$ 178,000		\$ 0		\$ 178,000	\$ 0	\$ 178,000

ADMINISTRADORA	NOMBRE	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTAL			
		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037-ANUEVA EPS		1	\$ 0		\$ 0		\$ 178,000		\$ 0		\$ 178,000	\$ 0	\$ 178,000
TOTAL							\$ 178,000		\$ 0		\$ 178,000	\$ 0	\$ 178,000

**TOTAL PAGADO: \$ 413,300**

**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
COMPROBANTE DE PAGO**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	37892964
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MARIA LUISA ARAQUE GLALDRON	
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARAUCA DEPARTAMENTO:	ARAUCA
DIRECCIÓN:	FLOR DE MI LLANO TELÉFONO:	8866190
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7968396573	TIPO DE PLANILLA: INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1471232001

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VOT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTAL	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
<b>PENSIÓN</b>						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 227.800
<b>SUBTOTAL:</b>					1	\$ 227.800
<b>SALUD</b>						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS			1	\$ 178.000
<b>SUBTOTAL:</b>					1	\$ 178.000
<b>RIESGOS PROFESIONALES</b>						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.			1	\$ 7.500
<b>SUBTOTAL:</b>					1	\$ 7.500

<b>VALOR SIN MORA:</b>	\$ 413.300
<b>VALOR MORA:</b>	\$ 0
<b>TOTAL PAGADO:</b>	\$ 413.300

**DEPARTAMENTO DE ARAUCA**  
DIRECCIÓN DE GESTIÓN DE RENTAS

**Liquidación de estampillas No. 2025-15426 - Liquidado**

<b>Contribuyente:</b> C.C. 37892964 MARIA LUISA ARAQUE GUALDRON	<b>Fecha:</b> 06-may.-2025
---	----------------------------

<b>Información del documento</b>	
<b>Tipo documento:</b> Contratos	<b>Entidad:</b> IDEAR
<b>No. Documento / Contrato:</b> 005-2025	<b>Vigencia:</b> 2025
<b>Tipo Contrato:</b> Prestación de Servicios (OPS)	<b>Valor del documento</b>
<b>Observaciones:</b> ESTAMPILLA DEL CONTRATO 005-2025 PERIODO QUE CORRESPONDE DEL 15/04/2025 AL 15/05/2025	<b>Valor Base Gravable</b>
	\$ 1.600.000,00
	\$ 1.600.000,00

Tipo de estampilla		Cant.	Porcentaje	Valor
ESTAMPILLA PRO DESARROLLO DEPARTAMENTA (Decreto Extraordinario 1222 de 1.986) ORD. 014E		1,00	0,50 %	8.000,00
ESTAMPILLA PRO DESARROLLO FRONTERIZO (Ley 1813 de 2.016) ORD. 014E		1,00	0,50 %	8.000,00
ESTAMPILLAS PRO BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR		1,00	0,50 %	8.000,00
<b>Total:</b>				<b>24.000,00</b>

Referencia: 010000512220  
Cupón para el Usuario

Pueden firmarse en Banco Bogotá - En Oficinas y Corresponsales Bancarios/Inf. Tel 316-2945592

Banco de Bogota 137 Arauca  
OR141401 \*\*\*7603 Horario Normal  
AH\*\*\*1522 08/05/25 14:32 T 393  
DPTO DE ARAUCA  
FAUS 01000512220  
Valor Efectivo:8,000.00 0  
Vr.Cheq: 0.00  
Valor ND:0.00  
Valor Total:8,000.00  
Valor RecaudadoWebService1  
2121 21641

Banco de Bogota 137 Arauca  
OR141401 \*\*\*7603 Horario Normal  
CC\*\*\*8727 08/05/25 14:31 T 385  
DPTO DE ARAUCA  
FAUS 01000512220  
Valor Efectivo:8,000.00 0  
Vr.Cheq: 0.00  
Valor ND:0.00  
Valor Total:8,000.00  
Valor RecaudadoWebService1  
2121 21641

Banco de Bogota 137 Arauca  
OR141401 \*\*\*7603 Horario Normal  
AH\*\*\*983 08/05/25 14:32 T 389  
DPTO DE ARAUCA  
FAUS 01000512220  
Valor Efectivo:8,000.00 0  
Vr.Cheq: 0.00  
Valor ND:0.00  
Valor Total:8,000.00  
Valor RecaudadoWebService1  
2121 21641



Banco de Bogota 137 Arauca  
OR141401 \*\*\*7603 Horario Normal  
AH\*\*\*983 08/05/25 14:33 T 397  
CEO 2049  
DPTO DE ARAUCA  
FAUS 010000512221  
Valor Efectivo:24,000.00  
Vr.Cheq: 0.00  
Valor ND:0.00  
Valor Total:24,000.00  
2121 21641RecaudowebService1

Banco de Bogota 137 Arauca  
OR141401 \*\*\*7603 Horario Normal  
CC\*\*\*8727 08/05/25 14:33 T 401  
CEO 2049  
DPTO DE ARAUCA  
FAUS 010000512221  
Valor Efectivo:6,000.00  
Vr.Cheq: 0.00  
Valor ND:0.00  
Valor Total:6,000.00  
2121 21641RecaudowebService1