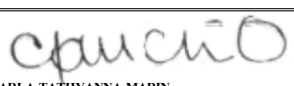


|                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No. 01</b>                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>PERÍODO: 16 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DE 2025</b>                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO</b>                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>TIPO DE CONTRATO</b>                                                    | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>No. CONTRATO Y FECHA</b>                                                | CPS-675-2025 DEL 10 DE ABRIL DE 2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>                                              | MAYRA ALEJANDRA ESTRADA VÉLEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN</b>                              | C.C 1.030.543.734 DE BOGOTÁ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>PLAZO DE EJECUCIÓN</b>                                                  | 180 DÍA(S) CALENDARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>                                            | \$33.000.000 Treinta y Tres Millones Pesos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>VALOR DEL PERIODO DE COBRO</b>                                          | \$2.750.000 DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)</b>                          | O230117459920242711                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>FECHA ACTA DE INICIO</b>                                                | 16 DE ABRIL DE 2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>PRÓRROGA[1]</b>                                                         | DIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>ADICIÓN</b>                                                             | \$0 CERO PESOS M/CTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>SUSPENSIÓN</b>                                                          | DIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)</b> | 15 DE OCTUBRE DE 2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO</b>                                                 | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ORGANIZACIÓN, CONSOLIDACIÓN Y DEPURACIÓN DE INFORMACIÓN CONDUCENTES A LA EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN Y EL COMPONENTE TÉCNICO DE LOS PROCESOS CONTRACTUALES EN LAS DIFERENTES ETAPAS RELACIONADAS CON SALUD PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY. COLABORAR CON EL DIRECCIONAMIENTO, IMPLEMENTACIÓN Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DE PROCESOS PEDAGÓGICOS, DIDÁCTICOS, EDUCATIVOS, DE APOYO TÉCNICO, LOGÍSTICO (...) |

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ACTIVIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PRODUCTO                                                                                                                                         | MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Realizar apoyo profesional en el diseño proyección de lineamientos y metodologías pedagógicas para la implementación de actividades propias para dar cumplimiento a las metas establecidas, así como los planes de acciones relacionados, de acuerdo con los lineamientos expedidos por la Secretaría Distrital de Salud y los demás sectores participantes                                                                                                  | <p>Durante el periodo contemplado del 16 de abril al 30 de abril del año 2025.</p> <p>Se realizo apertura de CIBILK CENTRAL, con el siguiente orden del día:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se les da la bienvenida a los asistentes y se realiza toma de asistencia a los participantes.</li> <li>Se ejecutan variedad de actividades como: Danzas, actividad física, actividad de artes plásticas, actividad de diseños en maquinas 3D, actividades en sala reparador y sala cognitiva sensorial y a su vez se realizan actividades en centro de escucha, lo anterior en acompañamiento con profesionales idóneos para la comunidad de Discapacidad y sus cuidadores.</li> <li>Se realiza entrega de compartir entre los participantes y los profesionales designados a la ejecución de las actividades.</li> <li>Por ultimo se genera palabras por parte del operador, agradeciendo el acompañamiento de cada uno de los integrantes que hacen parte de la familia CIBILK de la Localidad de Kennedy.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                      | 20250416_ ACTA APERTURA CIBILK CENTRAL                                                                                                           | Obligación 1 (1)                                                                                                                                 |
| 2. Desarrollar las acciones correspondientes y relacionadas con la organización, conformación, desarrollo y seguimiento de las acciones de formación y sensibilización a la comunidad, así como estrategias de fortalecimiento de las mismas, requeridos en el marco del Proyecto de Inversión 2794 Kennedy Respira Bienestar.                                                                                                                                  | <p>Durante el periodo contemplado del 16 de abril al 30 de abril del año 2025.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se inicia la reunión virtual programada vía Meet del componente CIBILK con participación del director del proyecto y apoyo a la supervisión, coordinadora y equipo de trabajo CIBILK; donde se recibe información relevante sobre empresa contratada para ejecución del Diplomado y modalidades e intensidad horaria: presencial 40 horas, sincrónica 40 horas, asincrónica 40 horas.</li> <li>Posteriormente se procede a organizar cronograma de actividades del CIBILK central para la semana del 21 al 25 de abril en sus dos jornadas de acuerdo a los lineamientos dados por supervisión, en donde se establecen las actividades diarias, recursos requeridos, horarios, profesionales encargados, personal administrativo y monitores con su respectiva presencialidad en CIBILK central para la ejecución y acompañamiento de las diferentes actividades y talleres, implementados en la sala de escucha para el día martes en la jornada de la mañana.</li> <li>Por último, se hace un llamado al compromiso y responsabilidad de todo el equipo en pro del mejor desarrollo y ejecución del proyecto.</li> </ul> | 20250416_PLANEACIÓN CRONOGRAMA CIBILK CENTRAL                                                                                                    | Obligación 2 (1)                                                                                                                                 |
| 3. proyectar las rendiciones de cuentas solicitadas por los entes de control y demás eventos requeridos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | No se registran productos, debido a que la obligación no fue programada para el periodo contemplado del 16 de abril al 30 de abril del año 2025.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | No se registran productos, debido a que la obligación no fue programada para el periodo contemplado del 16 de abril al 30 de abril del año 2025. | No se registran productos, debido a que la obligación no fue programada para el periodo contemplado del 16 de abril al 30 de abril del año 2025. |
| 4. Realizar y coordinar a las reuniones, capacitaciones, y eventos que se desarrollen en relación con el objeto del contrato, de acuerdo con los lineamientos y protocolos establecidos, registrando la asistencia y participación en estas instancias ya sea de manera presencial y/o virtual.                                                                                                                                                                 | <p>Durante el periodo contemplado del 16 de abril al 30 de abril del año 2025.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se realiza recorrido hasta el punto del evento Barrio Dindalito Parque Bellavista, donde se procede a organizar el espacio en el que se adhieren a la actividad, ofertando los servicios que están activos en el componente CIBILK y SPA CIA 1156- 2024.</li> <li>En el lugar de la actividad también se encuentran delegaciones de la Subred realizando campañas de vacunación; Por razones climáticas hay poco aforo de personas y no se logra realizar inscripciones sin embargo se aborda a las personas que pasan por el lugar invitándolos a conocer las instalaciones de CIBILK y a su vez explicándoles sobre su misión.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 20250425_ ACTIVIDAD BARRIO DINDALITO PARQUE BELLAVISTA.                                                                                          | Obligación<br>4 (1)                                                                                                                              |
| 5. Brindar respuestas a comunicaciones, requerimientos, solicitudes, derechos de petición que le sean asignadas, provenientes de entes de control, rama judicial, entidades públicas y/o privadas, comunidad en general dentro de los plazos, términos y condiciones establecidos por la misma, así como efectuar el trámite de cierre en los sistemas de información ORFEO y otros establecidos para ello, siguiendo los procedimientos y normatividad vigente | No se registran productos, debido a que la obligación no fue programada para el periodo contemplado del 16 de abril al 30 de abril del año 2025.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | No se registran productos, debido a que la obligación no fue programada para el periodo contemplado del 16 de abril al 30 de abril del año 2025. | No se registran productos, debido a que la obligación no fue programada para el periodo contemplado del 16 de abril al 30 de abril del año 2025. |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                     |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 6. Desarrollar acciones de apoyo a la supervisión de contratos en caso que sea asignado, realizando el seguimiento, verificación y constatación de las obligaciones contractuales y/ o términos de referencia que debe desarrollar el contratista, plazos y condiciones establecidas, realizando la programación y seguimiento al PAC, informes de seguimiento, acciones de liquidación entre las otras que sean requeridas, acorde con el manual de supervisión e interventoría de la Secretaría Distrital de Gobierno, los lineamientos y orientaciones brindadas por la Alcaldía Local y la normatividad vigente. | Durante el periodo contemplado del 16 de abril al 30 de abril del año 2025.<br>Se llevan a cabo acciones de apoyo a la supervisión del contrato 1156-2024 CIBILK Y SPA, incluyendo el seguimiento mensual de actividades central y adicional a ello las actividades a CIBILK Intinirante, así como el desarrollo de la primer cuenta de cobro, a su vez se realiza seguimiento de comité técnico, donde se estipula la planificación y desarrollo de las actividades y ofertas que se deben realizar a la misma.                                                                                                                                                                                              | 20250422 _COMITÉ TÉCNICO<br>20250430 _COMITÉ TÉCNICO DE SEGUIMIENTO | Obligación 6 (1,2) |
| 7. Las demás obligaciones que sean inherentes al objeto contractual, que se encuentren en la normatividad vigente o que sean solicitadas por el supervisor o apoyo a la supervisión del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Durante el periodo contemplado del 16 de abril al 30 de abril del año 2025.<br>· Se realiza recorrido hasta el punto del evento Barrio Dindalito Parque Bellavista, donde se procede a organizar el espacio en el que se adhieren a la actividad, ofertando los servicios que están activos en el componente CIBILK y SPA CIA 1156- 2024.<br>· En el lugar de la actividad también se encuentran delegaciones de la Subred realizando campañas de vacunación; Por razones climáticas hay poco aforo de personas y no se logra realizar inscripciones sin embargo se aborda a las personas que pasan por el lugar invitándolos a conocer las instalaciones de CIBILK y a su vez explicándoles sobre su misión. | 20250425 _ACTIVIDAD BARRIO DINDALITO PARQUE BELLAVISTA.             | Obligación 7(1)    |

| INFORMACIÓN ADICIONAL               |                                                                      |                                                                    |                                                    |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:</b> | <b>NOMBRE DE LA EMPRESA<br/>EN DONDE SE APORTA<br/>PAGO DE SALUD</b> | <b>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE<br/>APORTA PAGO DE PENSION</b> | <b>NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA ARL</b> |
|                                     | COMPENSAR                                                            | PORVENIR                                                           | POSITIVA                                           |

| FIRMAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA:</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. | <div style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> <b>CONTRATISTA</b> </div> Firma: <br><hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/> Nombre: MAYRA ALEJANDRA ESTRADA VÉLEZ<br>Cédula: 1.030.543.734<br>Cargo: Profesional |
| <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <br/><br/> <b>Revisó: Solangy Castro Casallas- Contratista<br/>Alcaldía Local de Kennedy</b> </div>                                                                                                                                                                                   | <div style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> <b>SUPERVISOR/INTERVENTOR</b> </div> Firma: <br><hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/> Nombre: KARLA TATHYANNA MARIN<br>Cargo: SUPERVISORA                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <div style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> <b>APOYO A LA SUPERVISIÓN</b> </div> Firma: _____<br>Nombre: _____<br>Cargo: _____                                                                                                                                                                         |



ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
Secretaría de Gobierno

ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY

## CUENTA DE COBRO PERSONA NATURAL

Documento de Cobro de Servicios prestados por personas naturales no comerciantes inscritas en el regimen simplificado (Art 3 decreto 522 de 2003) y Certificación de cumplimiento de requisitos de acuerdo con lo establecido en el parágrafo primero del Artículo 4 del Decreto 2271 de 2009, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en la Ley 828 de 2003 y ley 1819 de 2016.

Ciudad y Fecha

BOGOTÁ, 01 DE JULIO DE 2025

CUENTA DE COBRO NUMERO

01

Yo **MAYRA ALEJANDRA ESTRADA VÉLEZ**

identificado como aparece al pie de mi firma,

me permito manifestar bajo la gravedad del juramento que de conformidad con el art. 330 del Estatuto Tributario mis ingresos se encuentran clasificados de acuerdo con la determinación celular informada a continuación:

1 SI ☒ NO ☐ Pertenecen a rentas de trabajo2 SI ☐ NO ☒ he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a esta actividad

## EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY

NIT 899.999.061-9

Transversal 78k # 41a - 04 sur Teléfono 4481400 -4511321

## DEBE A:

MAYRA ALEJANDRA ESTRADA VÉLEZ

C.C.

1.030.543.734

Por Concepto de:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ORGANIZACIÓN, CONSOLIDACIÓN Y DEPURACIÓN DE INFORMACIÓN CONDUCENTES A LA EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN Y EL COMPONENTE TÉCNICO DE LOS PROCESOS CONTRACTUALES EN LAS DIFERENTES ETAPAS RELACIONADAS CON SALUD PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY. COLABORAR CON EL DIRECCIONAMIENTO, IMPLEMENTACIÓN Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DE PROCESOS PEDAGÓGICOS, DIDÁCTICOS, EDUCATIVOS, DE APOYO TÉCNICO, LOGÍSTICO (...)

Periodo comprendido entre: 16 de abril de 2025 y 30 de abril de 2025

La suma de : \$2.750.000 Dos Millones Setecientos Cincuenta Mil Pesos M/CTE

| Tipo de Contrato                     | Prestacion de servicios | CPS-675-2025 | Pago No | 01 | DE | 7 |
|--------------------------------------|-------------------------|--------------|---------|----|----|---|
| Planilla Pago de seguridad Social No | 86376030                | y            |         |    |    |   |
| Periodo cotizado                     | Abril 2025              | y            |         |    |    |   |
| Fecha de pago                        | 7/05/2025               | y            |         |    |    |   |
| Ingreso Base de Cotización           | 1.100.000               | y            |         |    |    |   |

## IBC SEGÚN VALOR COBRADO

1.100.000

Favor Consignar en Banco: Davivienda Cuenta Ahorro No 0550480900103882

Conozco la responsabilidad que implica jurar en falso de conformidad con el Código Penal y certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y ARL, corresponde a los ingresos provenientes del contrato de prestación de servicios CPS-675-2025, celebrado con EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY materia del pago sujeto a retención. De igual manera certifico que todo lo declarado anteriormente es verdadero y se puede comprobar en cualquier momento para lo cual otorgo las autorizaciones correspondientes.

FIRMA:

DIRECCION: Calle 38 b sur # 90 a 29

TELEFONO:

3223093932

correo electronico contacto: [mavralejandraestrada26@gmail.com](mailto:mavralejandraestrada26@gmail.com)



RELACION DE TRAMITE DE RADICADOS ORFEO

[illegible]



SECRETARÍA DE  
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL  
CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Numero de contrato CPS-675- de -2025

Yo, MAYRA ALEJANDRA ESTRADA VÉLEZ, identificado con cédula de ciudadanía 1.030.543.734 expedida en la ciudad de Bogotá.

| INFORMACION PERSONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI | NO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Soy Pensionado                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    | X  |
| Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)                                                                                                                                                                                                                                                          |    | X  |
| Soy Declarante de Renta año 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    | X  |
| Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016. Haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES. |    | X  |

Solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumpla 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.

De acuerdo con lo anterior, CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

| DEPURACION CALCULO DE RENTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI | NO |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| ¿Soy responsable del Impuesto a las ventas – IVA?<br>(Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    | X  |
| ¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-?<br>(Anexar soporte de pago de aporte mensual)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    | X  |
| ¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión?<br>(Anexar soporte de pago de aporte mensual)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    | X  |
| ¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior?<br>(Anexar certificación en la primera cuenta)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    | X  |
| ¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago?<br>(Anexar certificación en la primera cuenta)                                                                                                                                                                                                                                                           |    | X  |
| ¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y en concordancia con ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.6 y artículo 1.2.4.1.18 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017). base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT?<br>(Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes) | X  |    |

Se expide y firma a los (01) días del mes de julio de 2025

Firma: 

Nombre: MAYRA ALEJANDRA ESTRADA VÉLEZ  
C.C.: 1.030.543.734 de Bogotá

Dirección laboral: Transversal 78k # 41a - 04 sur  
Teléfono laboral: 4481400 - 4511321

Correo electrónico institucional: mayralejandraestrada26@gmail.com

ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)**

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista **MAYRA ALEJANDRA ESTRADA VÉLEZ** sobre las actividades desarrolladas para dar cumplimiento a los términos contratados y los resultados obtenidos, una vez realizada la revisión del informe, se autoriza el pago correspondiente al:

**Periodo comprendido entre el 16 de abril de 2025 y el 30 de abril de 2025**

Contrato: No. CPS-675-2025  
Tipo de Contrato: Contrato De Prestacion De Servicios  
Contratista: Mayra Alejandra Estrada Vélez  
Cédula o NIT: C.C.: 1.030.543.734 de Bogotá

Objeto: **PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ORGANIZACIÓN, CONSOLIDACIÓN Y DEPURACIÓN DE INFORMACIÓN CONDUCENTES A LA EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN Y EL COMPONENTE TÉCNICO DE LOS PROCESOS CONTRACTUALES EN LAS DIFERENTES ETAPAS RELACIONADAS CON SALUD PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY. COLABORAR CON EL DIRECCIONAMIENTO, IMPLEMENTACIÓN Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DE PROCESOS PEDAGÓGICOS, DIDÁCTICOS, EDUCATIVOS, DE APOYO TÉCNICO, LOGÍSTICO (...)**

Plazo del contrato: 180 DÍA(S) CALENDARIO  
Fecha iniciación: 16 DE ABRIL DE 2025  
Fecha de terminación: 15 DE OCTUBRE DE 2025  
Prórroga(s): DIAS  
Valor inicial pactado: \$ 33.000.000  
Valor adicional: \$ 0  
Valor a pagar: **(\$2.750.000) (No. 01 de pago: 7)**  
Honorarios Mensuales: **\$5.500.000**  
Numero de PIN: 86376030  
Periodo cotizado: Abril 2025

Se verificó el cumplimiento del pago de los aportes parafiscales relativos a SENA, ICBF, Cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda, y ARL (Administradora de riesgos laborales) y al Sistema de Seguridad Social Integral) por parte del contratista, de conformidad con el Parágrafo 1 del Art. 23 la Ley 1150 de 2007 y el Artículo 244 de la Ley 1955 de 2019.

En constancia se firma el (01) días del mes de julio de 2025

  
KARLA TATHYANNA MARIN  
SUPERVISORA  
Supervisor(ra)

  
Revisó: Solangy Castro Casallas- Contratista  
Alcaldía Local de Kennedy



## ALCALDÍA DE KENNEDY

### ACTA DE INICIO

#### CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 675 de 2025

**CONTRATISTA:** ESTRADA VELEZ MAYRA ALEJANDRA

**OBJETO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ORGANIZACIÓN, CONSOLIDACIÓN Y DEPURACIÓN DE INFORMACIÓN CONDUCENTES A LA EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN Y EL COMPONENTE TÉCNICO DE LOS PROCESOS CONTRACTUALES EN LAS DIFERENTES ETAPAS RELACIONADAS CON SALUD PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY. COLABORAR CON EL DIRECCIONAMIENTO, IMPLEMENTACIÓN Y ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DE PROCESOS PEDAGÓGICOS, DIDÁCTICOS, EDUCATIVOS, DE APOYO TÉCNICO, LOGÍSTICO Y COMUNITARIO; ASÍ COMO CON LA ORGANIZACIÓN, PLANEACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE ACCIONES PROPIAS DE SALUD INCLUSIVA EN LA LOCALIDAD DE KENNEDY

**VALOR:** \$ 33.000.000,00

**PLAZO:** 6 mes(es)

El día 16 de ABR de 2025 se reunieron ESTRADA VELEZ MAYRA ALEJANDRA, mayor de edad, con C.C. No 1030543734, en calidad de contratista, y el(la) doctor(a) KARLA TATHYANNA MARIN OSPINA, en calidad de supervisor(a) del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 675 de 2025, con el fin de iniciar el contrato.

Para constancia se firma por quienes intervinieron,

Contratista,



**ESTRADA VELEZ MAYRA ALEJANDRA**

C.C. No 1030543734

Por la ALCALDÍA DE KENNEDY,



**KARLA TATHYANNA MARIN OSPINA**

DESPACHO ALCALDIA LOCAL - SUPERVISOR

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:



Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MAYRA ALEJANDRA ESTRADA VELEZ** identificado con **CC No. 1030543734**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante                               | Datos de la Relación Laboral                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO - NI.<br>899999061 | <b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 11/04/2025<br><b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO<br><b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 10/04/2025<br><b>Fecha fin de Contrato:</b> 24/10/2025<br><b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br><b>Clase de Riesgo:</b> 5 |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co), para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501015228298.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES  
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.  
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | [defensordelcliente@positiva.gov.co](mailto:defensordelcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.  
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.  
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS



## CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,  
BOGOTA, D.C.,  
COLOMBIA,  
Alcaldía de Kennedy**

**19/05/2025**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MAIRA ESTRADA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1030543734**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

|                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| Número            | <b>0550480900103882</b> |
| Fecha de apertura | <b>16/01/2024</b>       |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

NÚMERO **1.013.149.376**

**MATEUS ESTRADA**

APELLIDOS

**DANNA SOFIA**

NOMBRES

*Danna Sofia*

FIRMA







FECHA DE NACIMIENTO

**27-AGO-2015**

**BOGOTA D.C**  
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**27-AGO-2033**

FECHA DE VENCIMIENTO

**O+**

**F**

G S RH

SEXO

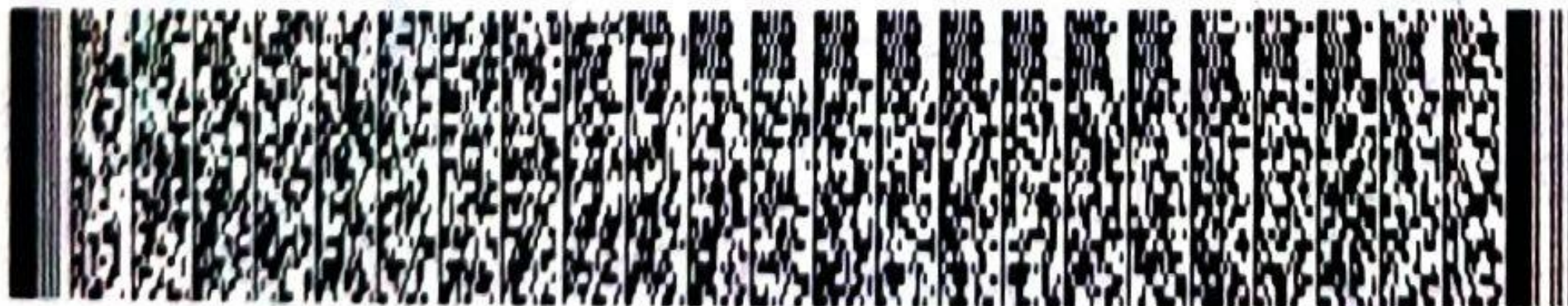
**05-DIC-2022 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



P-1500150-01335816-F-1013149376-20221226

0093235401A 2

8506539174



SECRETARÍA DE  
GOBIERNO

SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA  
RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE  
DEPENDIENTES

Código: GCO-GCI-F137  
Versión: 03  
Vigencia: 07 de febrero de 2022  
Caso HOLA: 225687

Con la presente me permito solicitar la aplicación de la deducción mensual del 10% del total de mis ingresos brutos provenientes del CONTRATO de Prestación de Servicios N° CPS-675-2025 de 16/04/2025, que suscribí con la SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO, teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relaciono a continuación dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales, en concordancia con lo normado por el (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).

El cuerpo del formato se elabora de acuerdo con las necesidades de cada proceso

FECHA DE SOLICITUD

DÍA

16

MES

4

AÑO

2025

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

Mayra Alejandra Estrada Vélez

CÉDULA N°

1030543734

UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO)

SALUD INCLUSIVA

TELÉFONO

3223093932

RECUERDE: La deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes, no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente y su vigencia será hasta el 31 de diciembre de cada año.

Relacione los datos del dependiente que desea declarar

| NOBRES Y APELLIDOS         | PARENTESCO | EDAD | INGRESOS DEL DEPENDIENTE |
|----------------------------|------------|------|--------------------------|
| Danna Sofía Mateus Estrada | Hija       | 9    |                          |
|                            |            |      |                          |
|                            |            |      |                          |
|                            |            |      |                          |
|                            |            |      |                          |
|                            |            |      |                          |
|                            |            |      |                          |
|                            |            |      |                          |

Marque con una X la (s) solicitud (es) que desea realizar.

X

Los hijos que tengan hasta 18 años y dependan económicamente de usted.

Requisito:

Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.

debidamente acreditados por la autoridad competente.

Requisito:

Certificado de constancia de estudios del año en curso emitida por la institución de educación superior ó programas de educación no formal el cual debe contener la siguiente información:

Nombre del estudiante

Nombre o razón Social y NIT de la entidad beneficiaria

Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos ó psicológicos

Requisito:

Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.

Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal

físicos o psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

Requisito:

Copia auténtica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.

Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho o declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito

Certificación de Contador Público y copia de la Tarjeta Profesional en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año a 10 salarios mínimos mensuales vigentes

Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos o psicológicos

Requisito:

Para el caso de los Padres: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador

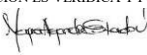
Para el caso de los Hermanos: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador y de sus hermanos donde acrediten el parentesco

Certificación de Contador Público y copia de la Tarjeta Profesional en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año anterior a 260 UVT

Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos

DECLARACIÓN JURAMENTADA

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES VERÍDICA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE



FIRMA DEL CONTRATISTA

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DEDUCIBLE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Para diligenciar el formato tenga en cuenta los siguientes pasos:

FECHA DE SOLICITUD: Registre la fecha de presentación del formato en la versión día, mes, año en la casilla correspondiente

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Registre los nombres y apellidos de la persona que presenta la solicitud

CÉDULA: Registre el número de cédula de quien presenta la solicitud

UBICACIÓN LABORAL- SITIO DE TRABAJO: Registre el área, dependencia y/o proyecto donde labora

TELÉFONO: Registre el número de teléfono y extensión del área ó dependencia donde labora

NOMBRE: Registre el nombre y apellidos completos del familiar que declara como dependiente suyo.

PARENTESCO: Registre el parentesco del familiar que declara como dependiente suyo

EDAD: Registre la edad del familiar que declara como dependiente suyo

INGRESOS DEL DEPENDIENTE: Registre los ingresos anuales del familiar que declara como dependiente suyo.

REQUISITO: De acuerdo con los documentos requisito en cada caso de se debe anexar por una única vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegarlo nuevamente

FIRMA DEL CONTRATISTA: Registre la firma del contratista que está tramitando la solicitud

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

**CERTIFICA QUE:**

**MAYRA ALEJANDRA ESTRADA VELEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.543.734**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Mayo del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ  
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT  
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:19/05/2025

CONTRIBUYENTE

C.C. 1030543734

MAYRA ALEJANDRA ESTRADA VELEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 38B SUR 90A 29      Teléfonos: 3223093932  
Dirección electrónica: mayalejandraestrada@gmail.      Ciudad: BOGOTÁ DC      Municipio: BOGOTÁ, D.C.  
Fecha de Inscripción: 28/02/2018      Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL      Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA      Fecha desde: 02/11/2020  
Matrícula Mercantil:NO      Fecha inicio de Actividades: 18/09/2024      Fecha de cese de Actividades: NO      No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 87101 - Actividades de atención residencial medicalizada de tipo general (excepto actividades de promoción y prevención que realicen las entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública o privada, con recursos que provengan del  
Actividad 2:  
Actividad 3:  
Actividad 4:  
Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

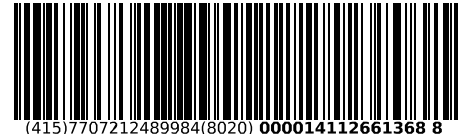
Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la  
Secretaría de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD



141126613688



(415)7707212489984(8020) 000014112661368 8

#### 14. Buzón electrónico

Impuestos de Bogotá

~~3 2~~

## IDENTIFICACIÓN

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

1 0 3 0 5 4 3 7 3 4

11/1/2010

0 0 1

### 34. Otros nombres

ALEJANDRA

36. Nombre comercial

37. Sigla

### UBICACIÓN

© 2006 The Authors

0 0 1

CL 38 B SUR 90 A 29

42. Correo electrónico [mayalejandraestrada@gmail.com](mailto:mayalejandraestrada@gmail.com)

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

### Ocupación

52. Número establecimientos

establecimientos

11 of 11

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

[illegible]

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

54. Código

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

3

**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**

60. No. de Folios:

|                    |   |
|--------------------|---|
| 60. No. de Folios: | 0 |
|--------------------|---|

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 ESTRADA VELEZ MAYRA ALEJANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                        |                    |                                    | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|------------------------|--------------------|------------------------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN              | TELÉFONO           | CORREO                             |                                           |
| CC                  | 1030543734        | MAYRA ALEJANDRA ESTRADA VELEZ |        | CALLE38B SUR # 90 A 29 | 3223093932         | mayralejandraestrada26@hotmail.com |                                           |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL               | CÓDIGO | DEPARTAMENTO           | CIUDAD / MUNICIPIO |                                    |                                           |
| ÚNICA               | I – Independiente |                               |        | BOGOTÁ D. C.           | BOGOTÁ, D.C.       |                                    | NO                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-04              | 2025-04                           | I             | 07/05/2025               | 86376030        | \$405.800     |     |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 178.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 178.000       | 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 |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 227.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 227.800       | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |  |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|--|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |  |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               | No. Afiliados |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |               |
| 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                              | 178.000                             | 178.000       |
| Pensión                | 1                              | 227.800                             | 227.800       |
| Riesgos Laborales      | 0                              | 0                                   | 0             |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 2                              | 405.800                             | 405.800       |

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                               |        |                        |                    |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------------------|--------|------------------------|--------------------|------------------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN              | TELÉFONO           | CORREO                             |
| CC                                  | 1030543734        | MAYRA ALEJANDRA ESTRADA VELEZ |        | CALLE38B SUR # 90 A 29 | 3223093932         | mayralejandraestrada26@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL               | CÓDIGO | DEPARTAMENTO           | CIUDAD / MUNICIPIO |                                    |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                               |        | BOGOTÁ D. C.           | BOGOTÁ, D.C.       |                                    |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                               |        |                        |                    | NO                                 |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-04              | 2025-04                           | I             | 07/05/2025               | 86376030        | \$405.800     |     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                               |           |         |         |            |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |    |    |     |         |     |     |     |    |            |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                       |          |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|-----------|---------|---------|------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|-----|---------|-----|-----|-----|----|------------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|-----------------------|----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               |           |         |         |            |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |    |    |     | PENSIÓN |     |     |     |    |            | SALUD    |           |            | RIESGOS LABORALES    |                      |                                | CCF                             |          |           | PARAFISCALES          |          |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres           | Cotizante | Subjeto | Exempto | Com. salud | Exonerado | IND | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SA | SA | UNA | UNA     | ANP | ANP | VCT | RE | CORRECCION | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización/ Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 1030543734            | ESTRADA VELEZ MAYRA ALEJANDRA | 3         | 0       |         | N          |           | X   |                       |     |     |     |     | X   |     |    |    |     |         |     |     |     |    |            | 230301   | 1.423.500 | 227.800    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS008   | 1.423.500 | 178.000               |          | 0       |                 | 0          |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA