CUENTA DE COBRO N° 1

Por adquisición de bienes y/o servicios a personas naturales no comerciantes o inscritas en el régimen simplificado.

Bogotá D.C., 1 de diciembre de 2025

FONDO DE DESARROLLO RURAL DE SUMAPAZ
NIT 899.999.061-9

DEBE A:

GINELL CAMILA CUERVO BUITRAGO
C.C. 1031146656 de Bogota

La suma de:Un millón trescientos treinta y tres mil trescientos treinta y tres ($1.333.333)

Por concepto de: PAGO DE HONORARIOS DEL23 AL 31 DE OCTUBRE DE 2025, POR EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE PESTACIÓN DE SERVICIOS N° CPS-512-2025 CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO JURÍDICO EN LA FORMULACIÓN DE LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN Y ACTIVIDADES POSTCONTRACTUALES REQUERIDAS POR EL ÁREA DE GESTIÓN DE DESARROLLO LOCAL DE LA ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ 2327.".

CUENTA PARA CONSIGNACIÓN:

ENTIDAD BANCARIA: BANCO FALLABELLA
N° DE CUENTA: 111200672958
TIPO DE CUENTA: AHORROS



GINELL CAMILA CUERVO BUITRAGO
C.C. N° 1031146656 de Bogota

ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 1 PERÍODO: 23 DE OCTUBRE AL 31 DE OCTUBRE DE 2025	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. CONTRATO Y FECHA	512-2025-CPS-P (139086)
NOMBRE DEL CONTRATISTA	GINELL CAMILA CUERVO BUITRAGO
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	CC 1031146656 DE BOGOTÁ
PLAZO DE EJECUCIÓN	TRES (3) MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	QUINCE MILLONES DE PESOS ($15.000.000)
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	MILLON TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES ($1.333.333)
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	No. O230117459920242327 PROYECTO 2327
FECHA ACTA DE INICIO	23 DE OCTUBRE DE 2025
PRÓRROGA[1]	N/A
ADICIÓN	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	31/12/2025
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO JURÍDICO EN LA FORMULACIÓN DE LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN Y ACTIVIDADES POSTCONTRACTUALES REQUERIDAS POR EL ÁREA DE GESTIÓN DE DESARROLLO LOCAL DE LA ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ 2327.

[1] Si el contrato presenta más de una suspensión y/o adición y/o prorroga se deben incluir las filas requeridas para el registro de la información

ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Realizar la estructuración de los estudios previos, garantizando la coherencia y correspondencia entre los Documentos Tipo de Soporte (DTS), la ficha EBI y el respectivo proyecto de inversión	PARA ESTE MES NO SE DESARROLLO ESTA ACTIVIDAD	PARA ESTE MES NO SE DESARROLLO ESTA ACTIVIDAD
2. Realizar los trámites pertinentes a través de la plataforma SIPSE de los procesos contractuales que lesean asignados	PARA ESTE MES NO SE DESARROLLO ESTA ACTIVIDAD	PARA ESTE MES NO SE DESARROLLO ESTA ACTIVIDAD
3. Organizar la documentación y adelantar los trámites necesarios para la remisión de los procesos contractuales a la asistencia técnica de la Secretaría Distrital de Gobierno, a través de la Dirección para la Gestión del Desarrollo Local.	PARA ESTE MES NO SE DESARROLLO ESTA ACTIVIDAD	PARA ESTE MES NO SE DESARROLLO ESTA ACTIVIDAD

ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
4. Entregar de manera oportuna, completa y conforme a los procedimientos de gestión del patrimonio documental, los expedientes contractuales en medio virtual y/o físico al archivo del Fondo de Desarrollo Regional y Social (FDRS) local en la etapa precontractual y, una vez perfeccionado el respectivo contrato, a gestión documental	PARA ESTE MES NO SE DESARROLLO ESTA ACTIVIDAD	PARA ESTE MES NO SE DESARROLLO ESTA ACTIVIDAD
5. Adelantar los cierres de los procesos contractuales que le sean asignados.	PARA ESTE MES NO SE DESARROLLO ESTA ACTIVIDAD	PARA ESTE MES NO SE DESARROLLO ESTA ACTIVIDAD
6. Asistir a las reuniones, comités de contratación, capacitaciones, comités de seguimiento a la ejecución contractual y otros eventos relacionados, con el fin de garantizar la coordinación y el cumplimiento del objeto contractual.	Asisti a las reuniones de staf y capacitaciones citadas 1. Staff 24 de octubre 2025 2. Staff 27 de octubre 2025 3. Staff 28 de octubre 2025 4. Capacitacion 24 2025 de octubre mejora de respuestas 5. Capacitacion 29 2025 de octubre 6. Capacitacion cuentas 30 de octubre 2025 7. Staff 31 de octubre 2025	SUB CARPETA EVIDENCIAS 6 1. captura Staff 24 de octubre 2025 2. captura Staff 27 de octubre 2025 3. capura Staff 28 de octubre 2025 4. captura Capacitacion 24 de octubre 2025 mejora de respuestas 5. captura Capacitacion 29 de octubre 2025 6. captura Capacitacion cuentas 30 de octubre 2025 7. captura Staff 31 de octubre 2025

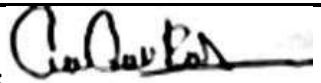
ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
7.Actualizar periódicamente la información en las matrices de contratación para garantizar su relevancia y precisión en el Sistema de Vigilancia y Control Financiero (SIVICOF)	PARA ESTE MES NO SE DESARROLLO ESTA ACTIVIDAD	PARA ESTE MES NO SE DESARROLLO ESTA ACTIVIDAD
8. Tramitar, dentro de los términos establecidos por la normatividad vigente, todas las comunicaciones internas y externas que le sean reasignadas a través del aplicativo de gestión documental ORFEO o del correo electrónico institucional, cumpliendo con los lineamientos de los procedimientos SAC-P001, GDIGPD-P003, GDI-GPD-P004, el instructivo GDI-GPD-IN002 y demás directrices relacionadas con la gestión del patrimonio documental de la Secretaría Distrital de Gobierno.	PARA ESTE MES NO SE DESARROLLO ESTA ACTIVIDAD	PARA ESTE MES NO SE DESARROLLO ESTA ACTIVIDAD

ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
9. Publicar los informes mensuales de actividades en la plataforma SECOP II, una vez se haya efectuado el trámite de pago por parte de la entidad contratante, conforme con las directrices impartidas por la supervisión del contrato	Es el primer informe por tanto previamente no hay ninguno cargado	Es el primer informe por tanto previamente no hay ninguno cargado
10. Las demás que sean inherentes al cumplimiento del objeto contractual y/o que le sean asignadas por el Alcalde Local.	SE SOLICITARON VIA CORREO ELECTRONICO Y WHATSAPP LA PROYECCION DE LOS RADICADOS ASIGNADOS 20257010025582, 20257010025502	Sub Carpeta evidencias No 10 1. Captura correo radicado 20257010025582 2. Captura correo radicado 20257010025502

INFORMACIÓN ADICIONAL			
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD**	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL**	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN**
	SANITAS EPS	**POSITIVA**	**PORVENIR**

FIRMAS	
DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: 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.	**CONTRATISTA** **Firma:**  **Nombre: GINELL CAMILA CUERVO BUITRAGO**

ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
		Cédula: 1031146656
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.		**SUPERVISOR/INTERVENTOR** **Nombre:** DIEGO RAMIRO GARCIA BEJARANO **Cargo: ALCALDE LOCAL SUMAPAZ** **Firma:** GARCIA BEJARANO DIEGO RAMIRO Firmado digitalmente por GARCIA BEJARANO DIEGO RAMIRO **APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)** **Nombre:** ADRIANA PAOLA AGUILERA CC. 101.3636.939 **Cargo: PROFESIONAL DE DESPACHO** **Firma:**

*Nota: La columna de productos se diligenciará únicamente para contratos en los aplique la forma de pago contra producto, en los demás casos se eliminará esta columna, o según directriz del supervisor. En lo que respecta a personas naturales, el supervisor del contrato definirá si es o no obligatoria la entrega del informe final de actividades para efectos del último pago.
*Este documento es controlado, por lo cual no se permiten modificaciones. Exclusión: el único cambio que se le puede realizar al formato es la eliminación de la columna productos.

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA

Yo, **Ginell Camila Cuervo Buitrago** identificada con cédula de ciudadanía número 1031146656 expedida en Bogotá Adicionalmente declaro bajo juramento que:

SI ____NO _X____

1. Tengo parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo grado de afinidad, primero civil, ni me encuentro ligado por matrimonio o unión permanente con ningún edil de la Localidad de Sumapaz.

SI ____NO _X____

2. Me encuentro incurso en ninguna causal constitucional o legal que me genere inhabilidad o incompatibilidad para la ejecución del presente contrato.

SI _X___NO ____

3. Me comprometo a informar inmediatamente al Fondo de Desarrollo Rural de Sumapaz si durante la ejecución del contrato se presenta alguna circunstancia que pueda generar inhabilidad o incompatibilidad, con el fin de proceder a dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 9 de la Ley 80 de 1993.

Aceptación:

Acepto que la información incorrecta o que no corresponda con la realidad en esta declaración, puede generar la terminación del contrato, así como las consecuencias sancionatorias de carácter contractual y penal a que haya lugar."

En constancia se firma a los 01 días del mes de diciembre de dos mil veinticinco (2025).



Firma: _____

Nombre: Ginell Camila Cuervo Buitrago
C.C: 1031146656
Dirección de correspondencia: Calle 48c 24-35 T 2 Apto 204
Teléfono de contacto: 3153677995
Correo electrónico institucional: Ginell.cuervo@gobiernobogota.gov.co

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número de Contrato 512 de 2025

Yo, Ginell Camila Cuervo Buitrago, identificada con cédula de ciudadanía No. 1031146656 expedida en la ciudad de Bogotá

INFORMACIÓN PERSONAL	SI	NO
Soy Pensionado		**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 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.

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

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas – IVA? (Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)		**X**
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		**X**
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)		**X**
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)		**X**

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago? (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? (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)	**X**	

Se expide y firma a los 01 días del mes de diciembre del 2025.

Firma: 

Nombre: GINELL CAMILA CUERVO BUITRAGO

C.C: 1031146656

Dirección de correspondencia: CALLE48C 24-35 T 2 APTO 204

Teléfono de contacto: 3153677995

Correo electrónico institucional: GINELL.CUERVO@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico personal: CAMICUERVOB@HOTMAIL.COM

ALCALDIA LOCAL DE SUMAPAZ

RELACION DE TRAMITE DE RADICADOS ORFEO

NOMBRE: **FECHA:** **CPS-XXX-202 512-2025**

NUMERO DE RADICADO	FECHA DE RADICACION	ESTADO DEL TRAMITE	ACCION O PLAN DE TRABAJO PARA TRAMITAR Y DAR CIERRE
ENTRADAS/ MIS OFICIOS/ MIS MEMORANDOS			
ENTRADAS / MIS OFICIOS			
NINGUNO			
		EL CONTRATISTA NO TIENE ORFEO HABILITADO	
MEMORANDOS			

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO	**SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES**	Código: GCO-GCI-F137 Versión: 04 Vigencia: 21 de febrero de 2025 Caso 124431

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° 512 de 23/10/2025 que suscribí con la ALCALDIA LOCAL DE SUMAPAZ , teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relacionó 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 ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; artículos 1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 y artículo 1.2.4.1.18 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017).

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

FECHA DE SOLICITUD	DÍA	1	MES	12	AÑO	2025

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO	TELÉFONO
GINELL CAMILA CUERVO BUITRAGO	1031146656	CONTRATACION	3153677995

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

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE
ANTONELLA SARMIENTO CUERVO	HIJA	9	2.000.000
THIAGO SARMIENTO CUERVO	HIJO	5	1.500.000

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

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

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

Los hijos con edad entre 18 y 25 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	**X**

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

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

Requisitos:

* Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.
* Certificado emitido por Ministerio de Salud y Protecciór Social o la entidad determinada por las normas vigentes

El cónyuge o compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos o ingresos menores el año anterior a 260 UVT o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.	

Requisitos:

* 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 en la que conste la ausencia de ingresos o 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

Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores físicos ó psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.	

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

CIERTO Y VERDADERO QUE MIS BENEFICIARIOS RELACIONADOS EN ESTE FORMATO DEPENDEN ECÓMICAMENTE DE MÍ



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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO (Persona Natural)

Teniendo en cuenta el informe presentado por la contratista Ginell Camila Cuervo Buitrago 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 23 de octubre de 2025 y el 31 de octubre de 2025

Contrato:	No.512
Tipo de Contrato:	Prestación de servicios
Contratista:	Ginell Camila Cuervo Buitrago
Cédula o NIT	No. 1031146656

Objeto:

"PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO JURÍDICO EN LA FORMULACIÓN DE LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN Y ACTIVIDADES POSTCONTRACTUALES REQUERIDAS POR EL ÁREA DE GESTIÓN DE DESARROLLO LOCAL DE LA ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ 2327"

Plazo del contrato:	tres (3) meses
Fecha iniciación:	23/10/2025
Fecha de terminación:	31/12/2025
Prórroga(s)	N/A
Valor inicial pactado:	$ 15.000.000
Valor adicional:	N/A
Valor a pagar:	$1.333.333) (No. de pago: 1)
Numero de PIN:	91653602
Periodo cotizado.	Octubre 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 a los 01 días del mes de diciembre dos mil veinticinco 2025

Apoyo a la supervisión

Adriana Paola Aguilera Peña
C.C. No. 1013636939 de Bogotá

Supervisor del contrato

GARCIA BEJARANO DIEGO RAMIRO

Firmado digitalmente por GARCIA BEJARANO DIEGO RAMIRO

Diego Ramiro Garcia Bejarano
C.C. No. 79.804.578 de Bogotá

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1031146656	GINELL CAMILA CUERVO BUITRAGO	CALLE 48 C SUR 24-35 T 2 APTO 204	3153677995	CAMICUERVOB@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	
2025-10	2025-10	I	24/11/2025	91653602	$584.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	250.000	0		0		0	10	1.600	0	251.600	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	320.000	0	0	0	0	10	2.100	0	322.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.500				10.500	10	100	10.600			105	10.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	10	0	0	0
ICBF				
0	10	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	250.000	251.600
Pensión	1	320.000	322.100
Riesgos Laborales	1	10.500	10.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	580.500	584.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1031146656	GINELL CAMILA CUERVO BUITRAGO	CALLE 48 C SUR 24-35 T 2 APTO 204	3153677995	CAMICUERVOB@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	
2025-10	2025-10	I	24/11/2025	91653602	$584.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. x exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1031146656	CUERVO BUITRAGO GINELL CAMILA	59	0			N							X									230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	250.000	14-23	2.000.000	1	10.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1027541330

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58161447

58161447

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	58	☐	☐	☐	A 9 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

**********COLOMBIA *** CUNDINAMARCA *** BOGOTA D.C.**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SARMIENTO**********	CUERVO**********

Nombre(s)

THIAGO**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes FEB Día 11	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

**********COLOMBIA ******* CUNDINAMARCA ******* BOGOTA D.C.**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO**********	15809598-6*********

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CUERVO BUITRAGO GINELL CAMILA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1031146656 DE BOGOTA D.C.**********	COLOMBIANA*********

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

SARMIENTO CONTRERAS LUIS GUILLERMO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1033728063 DE BOGOTA D.C.**********	COLOMBIANA*********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SARMIENTO CONTRERAS LUIS GUILLERMO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 1033728063 DE BOGOTA D.C.**********	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2020 Mes MAR Día 02	LUIS FERNANDO QUINTERO FACUNDO Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Impr por DITAR S.A. PBX (5) 3319201 Bquilla - para IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1027537513

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55763565

55763565

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 58 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 9 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA *** CUNDINAMARCA *** BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SARMIENTO	CUERVO

Nombre(s)

ANTONELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes AGO Día 02	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA ******* CUNDINAMARCA ******* BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13572953-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CUERVO BUITRAGO GINELI CAMILA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1031146656 DE BOGOTÁ	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SARMIENTO CONTRERAS LUIS GUILLERMO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1033728063 DE BOGOTÁ	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SARMIENTO CONTRERAS LUIS GUILLERMO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 1033728063 DE BOGOTÁ	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2016 Mes AGO Día 17	JULIO CESAR MARTINEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
SARMIENTO CONTRERAS LUIS GUILLERMO Firma	JULIO CESAR MARTINEZ Nombre y firma Notario

ESPACIO PARA NOTAS

LV T 141 F 296

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141213207208

(415)7707212489984(8020) 000014121320720 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 1 1 4 6 6 5 6	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 1 1 4 6 6 5 6	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CUERVO	BUITRAGO	GINELL	CAMILA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: DG 52 C BIS 25 73 SUR BRR EL CARMEN

42. Correo electrónico: camicuervob@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 1 0	2 0 2 1 1 2 2 3							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 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 CUERVO BUITRAGO GINELL CAMILA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Avenida 19 No. 120 - 71 Piso 3
Bogotá D.C - Colombia
PBX: (571)5878787
www.bancofalabella.com.co
NIT - 900047981-8

BANCO FALABELLA S.A

NIT 900047981-8

CERTIFICA A QUIEN INTERESE QUE:

El producto **CUENTA DE AHORRO TRADICIONAL** con número **111200672958** con fecha de apertura **2025-05-05** de titularidad del (la) señor(a) **Ginell Camila Cuervo Buitrago** identificado(a) con la (el) **Cédula de Ciudadanía** número **1031146656**, a la fecha se encuentra **ACTIVA EMBARGADA**.

Se expide a los Veintiseis (26) días del mes de noviembre de 2025, a solicitud del consumidor financiero.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cordialmente,

Gerencia de Servicio y Experiencia al Cliente
BANCO FALABELLAS.A

NUC - 0EA0ACF29DD5

ALCALDÍA DE SUMAPAZ

ACTA DE INICIO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 512 de 2025

CONTRATISTA: CUERVO BUITRAGO GINELL CAMILA

OBJETO: 139086 - Prestar los servicios profesionales con plena autonomía técnica y administrativa para brindar acompañamiento jurídico en la formulación de los procesos de contratación y actividades postcontractuales requeridas por el área de Gestio¿n de Desarrollo Local de la Alcaldía Local de Sumapaz 2327

VALOR: $ 15.000.000,00

PLAZO: 3 mes(es)

El día 23 de OCT de 2025 se reunieron CUERVO BUITRAGO GINELL CAMILA, mayor de edad, con C.C. No 1031146656, en calidad de contratista, y el(la) doctor(a) DIEGO RAMIRO GARCIA BEJARANO, en calidad de supervisor(a) del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 512 de 2025, con el fin de iniciar el contrato.

Para constancia se firma por quienes intervinieron,

Contratista,



CUERVO BUITRAGO GINELL CAMILA

C.C. No 1031146656

Por la ALCALDÍA DE SUMAPAZ,

GARCIA BEJARANO DIEGO RAMIRO

Firmado digitalmente por GARCIA BEJARANO DIEGO RAMIRO

DIEGO RAMIRO GARCIA BEJARANO

DESPACHO ALCALDIA LOCAL - SUPERVISOR

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

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 **CUERVO BUITRAGO GINELL CAMILA**, identificado con **CC** No. **1031146656**, registra la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SECRETARIA DISTRITAL DE GOBIERNO NIT899999061	**Fecha de inicio de cobertura:** 22/10/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 22/10/2025 **Fecha fin de Contrato:** 01/02/2026 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de riesgo:** 1

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 en www.positiva.gov.co para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 29 días del mes de octubre de 2025.

Cordialmente,

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Ginell Camila Cuervo Buitrago, identificado(a) con CC número 1031146656, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1031146656
NOMBRES Y APELLIDOS	Ginell Camila Cuervo Buitrago
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	05/06/1993
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/05/2023
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/05/2023
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1031146656 GINELL CAMILA CUERVO BUITRAGO Desde 01/05/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1031146656 Trabajador Independiente Desde 29/01/2025 Hasta 30/04/2025

Generado por interfaces 26/11/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

GINELL CAMILA CUERVO BUITRAGO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.031.146.656**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Noviembre 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.