

CUENTA DE COBRO PERSONA NATURAL

Documento de Cobro de Servicios prestados por personas naturales no comerciantes inscritas en el régimen 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, 02 DE MARZO DE 2026 CUENTA DE COBRO NUMERO 11

Yo MARIA CAMILA ARAQUE PEREZ 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 acuerdo con la determinación celular informada a continuación:

SI NO Pertenece a rentas de trabajo

SI NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a esta actividad

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES

NIT 899.999.061-9
Avenida Calle 19 No. 28 – 80 Piso 6

DEBE A:

MARIA CAMILA ARAQUE PEREZ C.C. 52.992.863

Por Concepto de:

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES, APOYO EN LA FORMULACIÓN Y SUPERVISIÓN, SEGUIMIENTO, ACOMPAÑAMIENTO, ATENCIÓN, SISTEMATIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS PROYECTOS E INSTANCIAS DE ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y PARTICIPACIÓN LOCAL QUE SE REQUIERAN EN EL PROYECTO 2774 EN SU COMPONENTE DE VIOLENCIAS.

Periodo comprendido entre: 01 AL 08 DE DICIEMBRE DE 2025

La suma de: **\$ 1.440.000** (Un Millon Cuatrocientos Cuarenta Mil Pesos M/cte.)

Tipo de Contrato	Prestación de servicios	019-2025 CPS-P (126524)	Pago No	11	DE	11
Planilla Pago de seguridad Social No	<u>92407383</u>	y	<u>91879696</u>			
Periodo cotizado	<u>DICIEMBRE</u>	y	<u>NOVIEMBRE</u>			
Fecha de pago	<u>16-12-2025</u>	y	<u>03-12-2025</u>			
Ingreso Base de Cotización	<u>\$7.000.000</u>	y	<u>\$7.000.000</u>			

IBC SEGÚN VALOR COBRADO

\$576.000

Favor Consignar en Banco: Bancolombia Cuenta Ahorros No 57152153611

Conozco la responsabilidad que implica jurar en falso de conformidad con el Código Penal y certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soporte 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 019-2025 CPS-P (126524), celebrado con EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MÁRTIRES 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: Carrera 8 No. 167 D-62

Correo electrónico contacto: camilaraque@hotmail.com

TELEFONO:

3017863973

FECHA DE PRESENTACIÓN: 02 DE MARZO DE 2026
NÚMERO INFORME: 11
PERÍODO: DICIEMBRE 1 AL 8 DE 2025

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios Profesionales	
No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	019-2025 del 11 de febrero de 2025	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Maria Camila Araque Perez	
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	N/A	
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CESIONARIO CUANDO APLIQUE)	N/A	
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	C.C.52.992.863	
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	6 MESES y 14 DIAS	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$34.920.000	
NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	650 DEL 12 DE FEBRERO DE 2025	
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	1.440.000	
FECHA ACTA DE INICIO	18 DE FEBRERO DE 2025	
PRÓRROGA ¹	TRES (03) MESES Y SIETE (07) DIAS	
ADICIÓN	\$17.460.000	
SUSPENSIÓN	N/A	
REINICIO	N/A	
CESIÓN (CUANDO APLIQUE)	N/A	
DISMINUCIÓN DE PLAZO (CUANDO APLIQUE)	N/A	
REDUCCIÓN DE VALOR (CUANDO APLIQUE)	N/A	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$52.380.000	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	9 meses y 21 días	
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)	08 DE DICIEMBRE DE 2025	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES, APOYO EN LA FORMULACIÓN Y SUPERVISIÓN, SEGUIMIENTO, ACOMPAÑAMIENTO, ATENCIÓN, SISTEMATIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS PROYECTOS E INSTANCIAS DE ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y PARTICIPACIÓN LOCAL QUE SE REQUIERAN EN EL PROYECTO 2774 EN SU COMPONENTE DE VIOLENCIAS	
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL		
EPS	ARL	PENSION
SANITAS EPS	POSITIVA ARL	PORVENIR
NÚMERO DE PLANILLA		PERIODO COTIZADO
92407383-91879696		2025 - 12 Y 2025-11

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

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES**

DESARROLLO DEL INFORME	
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 1	
Realizar el alistamiento operativo para el desarrollo de las visitas domiciliarias en el marco del proyecto 2774, siguiendo el lineamiento técnico de la Secretaría Distrital de Integración Social y la Coordinación del proyecto.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
No se realizó la actividad durante el periodo	No se realizó la actividad durante el periodo
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 2	
Elaborar y presentar los informes que requieran los entes de control, comunidad en general y demás autoridades en relación con el Proyecto 2774 -Mártires avanza en su estrategia de cuidado local.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Se realiza informe descriptivo del mes de diciembre, con sus respectivas actividades y los resultados de los componentes.	Obligacion 2.word
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 3	
Coadyuvar en la aplicación de instrumentos, consolidación, análisis, actualizaciones de los diagnósticos sectoriales y/o poblacionales suministrados por las instituciones con presencia en lo local, cuando así se requiera.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
No se realizó la actividad durante el periodo	No se realizó la actividad durante el periodo
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 4	
Coadyuvar la formulación Precontractual participativa de los proyectos que se relacionen con la ejecución del Proyecto 2774 Mártires avanza en su estrategia de cuidado local.	

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<u>Se asiste a la reunión con todo el equipo, con el fin de realizar la consolidación de información del proyecto, y verificación del presupuesto ejecutado.</u>	Obligacion 4.pdf
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 5	
Coadyuvar la planificación de actividades de vigilancia y seguimiento a la debida ejecución de los contratos derivados del proyecto 2774 Mártires avanza en su estrategia de cuidado local, de conformidad con la normatividad vigente en la materia y el manual de supervisión y contratación de la entidad.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
No se realizó la actividad durante el periodo	No se realizó la actividad durante el periodo
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 6	
Asistir a las reuniones virtuales y/o presenciales convocadas por la supervisora del contrato que se desarrollen en cumplimiento del objeto contractual que correspondan	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Asistí a las siguientes reuniones Semanales de Seguimiento a la Ejecución de Componentes – Equipo 2774: 23 diciembre 2025	Obligación 6.pdf
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 7	
Aportar información cuantitativa y cualitativa para la consolidación del documento técnico que contenga entre otros: la caracterización de la población atendida a través de la estrategia, la georreferenciación de la violencia intrafamiliar y las violencias sexuales en la localidad, la identificación de las redes de apoyo social en la localidad (organizaciones sociales), el análisis de los resultados obtenidos (teniendo en cuenta variables territoriales, poblacionales, socioeconómicas, culturales, entre otras) los logros, las dificultades y las recomendaciones para fortalecer las acciones de prevención en violencia intrafamiliar y violencias sexuales en la localidad de Los Mártires.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES**

	Y/O VIRTUAL
Se realiza informe detallado del mes de diciembre, con sus respectivas actividades y los resultados de los Componentes 1 línea A4 (conversatorios) y componente 4	Obligación 7. word
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 8	
Asistir a las reuniones a las que sea citado o designado, para la atención de los asuntos relacionados con el objeto contractual.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Asisti a las siguientes reuniones Semanales de Seguimiento a la Ejecución de Componentes – Equipo 2774: 23 diciembre 2025	Obligación 8. word
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 9	
Coadyuvar la supervisión de contratos y/o derivados del Proyecto 774 Mártires avanza en su estrategia de cuidado local, según lo establecido en el Manual de Supervisión e Interventoría de la Secretaría Distrital de Gobierno.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
En el momento no se me ha sido asignado ningún apoyo a la supervisión.	N/A
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 10	
Acordar con el supervisor las demás actividades necesarias para garantizar el cumplimiento del objeto contractual.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
No se realizó la actividad durante el periodo_	No se realizó la actividad durante el periodo

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES**

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 efectivamente desarrolladas en el período 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. Adicionalmente, conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, presento (las certificaciones de afiliación) o (planilla) al Sistema de Seguridad Social de periodo cotizado correspondiente para los fines pertinentes del presente pago. Por lo anterior, manifiesto que, conforme al Decreto 1273 de 2018 del Gobierno Nacional, el cual establece que “...los trabajadores independientes podrán realizar el pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral mes vencido...”, no me acojo a los beneficios tributarios derivados de dicha disposición. (Aplica cuando se acoge a mes vencido)

CONTRATISTA

Firma: 

Nombre:
MARIA CAMILA ARAQUE PEREZ

Cédula: 52.992.863

DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificados los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista, ha cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.

Así mismo, certificó el cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) por parte del contratista, en los términos establecidos en el Parágrafo 1 del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019. Cabe señalar que, tratándose de personas naturales, no es obligatorio el pago de los aportes parafiscales relativos al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, por lo que dicha verificación se limita al cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social, incluidos los correspondientes a la ARL (Administradora de Riesgos Laborales), cuando aplique.

SUPERVISOR/INTERVENTOR


Nombre: **JONH JADER SUAREZ DELGADO**
Cargo: **Alcalde Local de Los Mártires**

Firma:

**APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO
APLIQUE)**

Nombre: **LEIDY CAROLINA MORENO
HURTADO**

Cargo: **Profesional Líder Proyecto 2774**

Firma: 

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52992863	MARIA CAMILA ARAQUE PEREZ		Carrera 8 #167d - 62	4595035	CAMILARAQUE@HOTMAIL.CO M
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	
2025-11	2025-11	I	03/12/2025	91879696	\$2.235.600	

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	875.000	0		0		0	0	0	0	875.000	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	1.120.000	0	0	35.000	35.000	0	0		1.190.000	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	170.600				170.600	0	0	170.600			1.706	170.600	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	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	875.000	875.000
Pensión	1	1.190.000	1.190.000
Riesgos Laborales	1	170.600	170.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.235.600	2.235.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52992863	MARIA CAMILA ARAQUE PEREZ		Carrera 8 #167d - 62	4595035	CAMILARAQUE@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		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	03/12/2025	91879696	\$2.235.600		

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Columna especial	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CDR	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	52992863	ARAQUE PEREZ MARIA CAMILA	59	0			N																	230301	7.000.000	1.120.000	0	0	35.000	35.000	EPS005	7.000.000	875.000	14-23	7.000.000	3	170.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52992863	MARIA CAMILA ARAQUE PEREZ		Carrera 8 #167d - 62	4595035	CAMILARAQUE@HOTMAIL.CO M
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	
2025-12	2025-12	I	16/12/2025	92407383	\$2.235.600	

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	875.000	0		0		0	0	0	0	875.000	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	1.120.000	0	0	35.000	35.000	0	0		1.190.000	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	170.600				170.600	0	0	170.600			1.706	170.600	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	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	875.000	875.000
Pensión	1	1.190.000	1.190.000
Riesgos Laborales	1	170.600	170.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.235.600	2.235.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52992863	MARIA CAMILA ARAQUE PEREZ		Carrera 8 #167d - 62	4595035	CAMILARAQUE@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		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	1	16/12/2025	92407383	\$2.235.600		

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	52992863	ARAQUE PEREZ MARIA CAMILA	59	0			N																	230301	7.000.000	1.120.000	0	0	35.000	35.000	EPS005	7.000.000	875.000	14-23	7.000.000	3	170.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

- ▼
- ♦ Mis Consultas
- ♦ Solicitar Anulación
- RADICACION**
- ♦ Mis Oficios
- ♦ Mis Memorandos
- CARPETAS**
- ♦ Mis Entrada(0)
- ♦ Mis Oficios(0)
- ♦ Mis Memorandos(0)
- ♦ Mis Visto Bueno(0)
- ♦ Mis Devueltos(0)
- ♦ Mis Agendados (0)
- ♦ Mis Informados (0)
- ♦ Mis Personales (0)

LISTADO DE: Entrada	USUARIO: MARIA CAMILA ARAQUE PEREZ	DEPENDENCIA: Area de Gestion de Desarrollo Local Martires
Radicados: <input type="text"/>		Buscar

- Escriba los números de radicado que quiere buscar, separados por comas.

NO SE ENCUENTRAN RADICADOS CON LOS DATOS DE BUSQUEDA DIGITADOS.

Número de Contrato 019 de 2025

Yo, María Camila Araque Pérez, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52.992.863 expedida en la ciudad de Bogotá D.C.

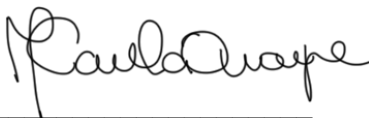
INFORMACIÓN PERSONAL	SI/NO
Soy Pensionado	NO
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)	NO
Soy Declarante de Renta año 2025	SI
Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016. Haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES.	SI

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)	NO
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	NO
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	NO
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)	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)	SI
¿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)	SI

Se expide y firma a los (02) días del mes de marzo del 2026.

Firma: 

Nombre: MARIA CAMILA ARAQUE PEREZ

C.C: 52.992.863

Dirección de correspondencia: Carrera 8 No. 167 D-62

Teléfono de contacto: 3017863973

Correo electrónico institucional: Maria.araque@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico personal: camilaraque@hotmail.com



COLSANITAS S A

Compañía de Medicina Prepagada

N.I.T. : 860.078.828-7

Colsanitas en línea 4871920 en Bogotá

y fuera de Bogotá 018000979020

CERTIFICADO DE PAGOS CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA

Bogotá, 14 de marzo de 2025

A QUIEN CORRESPONDA

COLSANITAS certifica, que durante el año gravable 2024, **MARIA CAMILA ARAQUE PEREZ** identificado (a) con CC No. **52992863**, Titular de la Familia 349 del Contrato 1010330891, pagó por concepto de vales y cuotas de Medicina Prepagada, por intermedio de FONDO DE EMPLEADOS BBVA NI No 860011265, por los siguientes usuarios:

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO	PARENTESCO	PERIODO	VR NETO	VALOR IVA	TOTAL
MARIA CAMILA ARAQUE PEREZ	CC 52992863	TITULAR	01-01/31-12	\$3.635.150	\$181.758	\$3.816.908
LAURA ELENA VALENCIA ARAQUE	CC 1020768909	OTROS	01-01/31-12	\$3.621.150	\$181.058	\$3.802.208
RICARDO NESTOR ESMORIS GARRIDO	CE 206779	OTROS	01-01/31-12	\$8.901.145	\$445.057	\$9.346.202
RUTH MYRIAM ARAQUE PEREZ	CC 51632590	PADRES	01-01/31-12	\$8.733.222	\$436.661	\$9.169.883
POR CONCEPTO DE VALES VENDIDOS				\$1.838.565	\$91.935	\$1.930.500

LA SUMA DE: \$28.065.701 (VEINTIOCHO MILLONES SESENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS UNO PESOS M/CTE)

De acuerdo con lo establecido en el numeral 4.2, artículo 1.2.4.1.6, del Decreto 1625 del 2016 (DUR), el monto máximo para disminuir de la base de retención de lo pagado por concepto de salud (medicina prepagada) es 16 UVT mensuales.

Este certificado se expide sin firma autógrafa de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 del decreto 836 de 1991 y el artículo 6 del decreto 4713 de 2005

Atentamente,

Subgerencia de la Vinculación Medicina Prepagada

Bogotá D. C.,

Señores:

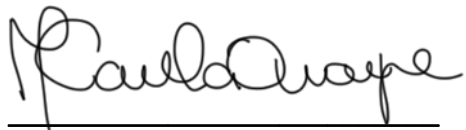
FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE MARTIRES

ASUNTO: Declaración juramentada -Relación de contratos de prestación de servicios vigentes con otras entidades estatales.
Artículo 17 Decreto 189 de 2020

Yo, María Camila Araque Pérez identificado(a) con cédula de ciudadanía número 52.992.863, me permito informar que actualmente **SI** **NO** , me encuentro ejecutando contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión, con otras entidades estatales.

No.	ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DE CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN	VALOR TOTAL CONTRATO	FECHA DE INICIO EJECUCIÓN (DD/MM/AAAA)	FECHA DE TERMINACIÓN (DD/MM/AAAA)
1	Secretaria distrital de movilidad	592-2025	12 MESES	114.993.333	22-01-25	21-01-26
2						
3						
4						
5						

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento, el día 02 de marzo de 2026.



Firma: Nombre: María Camila Araque Pérez

C.C: 52.992.863

Dirección de Residencia: Carrera 8 No. 167 D-62

Teléfono de contacto: 3017863973

Correo electrónico institucional: maría.araque@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico de notificación: camilaraque@hotmail.com

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° 019 de 11-02-2025, que suscribí con la ALCALDIA LOCAL DE LOS MARTIRES , 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

02

MES

03

AÑO

2026

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA

MARIA CAMILA ARAQUE PEREZ

CÉDULA N°

52.992.863

UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO)

PLANEACION- MUJERES PROYECTO 2774

TELÉFONO

3017863973

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
MARIA ANTONIA GODOY ARAQUE	HIJO	8	N/A

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.

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.

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 Protección 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

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES VERDÍCA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE. DECLARO QUE:


FIRMA DEL CONTRATISTA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

56015130

NUIP 1033118160

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número **6b** Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código **1068**

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido **GODOY** Segundo Apellido **ARAQUE**
Nombre(s)

MARÍA ANTONIA

Fecha de nacimiento Año **2016** Mes **ENE** Día **29** Sexo (en letras) **FEMENINO** Grupo sanguíneo **A** Factor RH **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

13647647-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ARAQUE PEREZ MARÍA CAMILA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. N. 52992863 DE BOGOTA D.C.

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GODOY ROA CAMILO ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. N. 80.136.173 DE BOGOTA D.C.

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

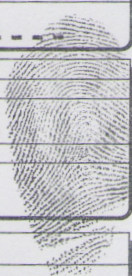
GODOY ROA CAMILO ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

C.C. N. 80.136.173 DE BOGOTA D.C.

[Firma manuscrita]



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 **FEB** Día **05**

MARIA INES CASTRO DE ARIZA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

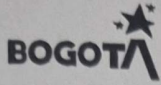
Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CONTROL DE RETIRO

Código GCO-GCI-F102
Versión: 4
Vigencia 15 septiembre de
2021
Caso HOLA: 189189

LA SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO / ALCALDÍA LOCAL DE LOS MARTIRES
CERTIFICA QUE:

Fecha: 10/12/2025

Dependencia: _____ Planeacion mujeres

El(la) señor(a): Maria Camila Araque Sosa

Identificado(a) con la cédula de ciudadanía No.: 52992863 de Bogota

Correo Personal : camilaraque@hotmail.com

Celular : 3017863973

Direccion para notificación (puede ser el correo personal): camilaraque@hotmail.com

INFORMACION DEL CONTRATO	
Contrato No. _____	Proyecto No. _____
Desde: 18-02-25 Hasta: 08-12-25	2774

MOTIVACION DE LA SOLICITUD	
<input checked="" type="radio"/> Terminación de contrato	<input type="radio"/> Cesión de contrato
Otra: _____	

¿POSEE CUENTA DE CORREO INSTITUCIONAL? SÍ NO _____ CÚAL? maria.araque@gobiernobogota.gov.co

DIRECCION DE TECNOLOGIA E INFORMACION O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL	
MESA DE SERVICIOS O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL <i>[Handwritten signature]</i> Verificó _____ Nombre <i>[Handwritten]</i>	Observaciones ENTREGA EQUIPO DE COMPUTO: BANDEJA DE SIPSE SIN PROCESOS PENDIENTES:
APLICATIVO DE GESTIÓN DOCUMENTAL O PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL <i>[Handwritten signature]</i> Supervisor Orfeo Heidi V. Saray - 19/12/2025	Observaciones Se inactiva usuario de ORFEO ^{2/1} 19/12/2025 A la fecha las bandejas del aplicativo de gestión documental se encuentran vacias
DIRECCION ADMINISTRATIVA/AREA DE GESTION DEL DESARROLLO-ADMINISTRATIVA Y FINANCIERO	
ÁREA DE INVENTARIOS/PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL <i>[Handwritten signature]</i> Verificó _____ Nombre <i>[Handwritten]</i> consecutivo 2138	Observaciones NO tiene inventarios asignados 17-12-25 <i>[Handwritten]</i>
ÁREA INVENTARIOS/PROFESIONAL NIVEL CENTRAL <i>[Handwritten signature]</i> Verificó _____ Nombre <i>[Handwritten]</i> consecutivo 2138	Observaciones NO tiene elementos de Nivel central. 17-12-25 <i>[Handwritten]</i>
ADMINISTRATIVA/PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL Carné <i>[Handwritten signature]</i> Verificó _____ Nombre Marian Brerios e.	Observaciones No tiene carnet o chaqueta para devolución
GESTIÓN DOCUMENTAL/PROFESIONAL ALCALDIA LOCAL <i>[Handwritten signature]</i> Verificó _____ Nombre <i>[Handwritten]</i>	Observaciones SERIE CONTRATOS: NO cuentan con expedientes NO genera documentos Ley 594 de 2000 Ley General de Archivo Título IV Artículo 15



Historial de Pagos por Proveedor

CÓDIGO DE TERCERO	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE
1000097633	CC	52992863	MARIA CAMILA ARAQUE

Item	Nombre entidad	Referencia	Numero Documento Contable	POS. CxP	Fecha Cont. CxP en la Entidad	Fecha Radicación Tesorería Distrital	Estado	Fecha de Estado AAAA-MM-DD	Documento Compensación Según Estatus	Forma de Pago	Valor Bruto	Valor Neto	Cuenta Bancaria	Fecha Entrega Cheque a ventanilla	Endoso
1	SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD	230211214	3000064413	003	09-feb-26	09-feb-26	PAGADA	10-feb-26	5000337814	Transferencia Giradora	9.577.780	9.146.333	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
2	SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD	230172273	3000072539	002	06-feb-25	06-feb-25	PAGADA	07-feb-25	5000809155	Transferencia Giradora	6.185.398	5.988.785	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
3	SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD	230174709	3000120588	002	19-feb-25	19-feb-25	PAGADA	20-feb-25	5001108407	Transferencia Giradora	2.554.075	2.472.890	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
4	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES	4	3000125477	002	20-feb-25	20-feb-25	PAGADA	21-feb-25	5001256749	Transferencia Giradora	5.000.000	4.961.636	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
5	SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD	230177170	3000177484	002	06-mar-25	06-mar-25	PAGADA	07-mar-25	5001688475	Transferencia Giradora	9.577.780	9.204.333	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
6	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES	1	3000222556	002	14-mar-25	14-mar-25	PAGADA	17-mar-25	5001750041	Transferencia Giradora	2.340.000	2.322.046	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
7	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES	2	3000301153	002	04-abr-25	04-abr-25	PAGADA	07-abr-25	5002260460	Transferencia Giradora	5.400.000	5.358.567	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
8	SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD	230178216	3000306417	002	07-abr-25	07-abr-25	PAGADA	08-abr-25	5002267244	Transferencia Giradora	9.577.780	9.204.333	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
9	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES	3	3000441770	002	09-may-25	12-may-25	PAGADA	13-may-25	5002872059	Transferencia Giradora	5.400.000	5.358.567	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
10	SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD	230184542	3000467335	002	16-may-25	16-may-25	PAGADA	19-may-25	5002951128	Transferencia Giradora	9.577.780	9.204.333	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
11	SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD	230186740	3000527063	002	05-jun-25	05-jun-25	PAGADA	06-jun-25	5003135578	Transferencia Giradora	9.577.780	9.099.333	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
12	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES	4	3000568095	002	16-jun-25	16-jun-25	PAGADA	17-jun-25	5003238437	Transferencia Giradora	5.400.000	5.358.567	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
13	SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD	230190345	3000628581	002	04-jul-25	04-jul-25	PAGADA	07-jul-25	5003469453	Transferencia Giradora	9.577.780	9.099.333	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
14	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES	5	3000653789	002	09-jul-25	09-jul-25	PAGADA	10-jul-25	5003514788	Transferencia Giradora	5.400.000	5.358.567	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		



Historial de Pagos por Proveedor

15	SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD	230193342	3000740679	002	04-ago-25	04-ago-25	PAGADA	05-ago-25	5003947550	Transferencia Giradora	9.577.780	9.099.333	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
16	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES	6	3000760048	002	05-ago-25	07-ago-25	PAGADA	08-ago-25	5003960939	Transferencia Giradora	5.400.000	5.358.567	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
17	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES	6	3000885538	002	04-sep-25	04-sep-25	PAGADA	05-sep-25	5004497951	Transferencia Giradora	5.400.000	5.358.567	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
18	SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD	230196439	3000897617	002	05-sep-25	05-sep-25	PAGADA	08-sep-25	5004515103	Transferencia Giradora	9.577.780	9.099.333	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
19	SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD	230199667	3001029331	002	06-oct-25	07-oct-25	PAGADA	07-oct-25	5005014143	Transferencia Giradora	9.577.780	9.099.333	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
20	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES	8	3001053659	003	10-oct-25	10-oct-25	PAGADA	14-oct-25	5005076304	Transferencia Giradora	5.400.000	5.358.567	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
21	SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD	230202510	3001159440	002	05-nov-25	05-nov-25	PAGADA	06-nov-25	5005594132	Transferencia Giradora	9.577.780	9.099.333	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
22	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES	9	3001215074	002	13-nov-25	13-nov-25	PAGADA	14-nov-25	5005878158	Transferencia Giradora	5.400.000	5.358.567	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
23	SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD	230205275	3001277209	002	04-dic-25	04-dic-25	PAGADA	05-dic-25	5006176673	Transferencia Giradora	9.577.780	9.099.333	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
24	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES	10	3001306807	002	09-dic-25	09-dic-25	PAGADA	10-dic-25	5006303752	Transferencia Giradora	5.400.000	5.358.567	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		
25	SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD	230208580	3001375329	002	19-dic-25	19-dic-25	PAGADA	22-dic-25	5006678695	Transferencia Giradora	9.577.780	9.099.333	57152153611 AHORROS Bancolombia SA		

Detalle de descuentos tributarios

Numero Documento Contable	Descripción	% Descuento	Base Retención	Valor Retención
---------------------------	-------------	-------------	----------------	-----------------

Información presupuestal

Numero Documento Contable	CRP	Posición CRP	PosPre	Fondo	PP
---------------------------	-----	--------------	--------	-------	----



Historial de Pagos por Proveedor

3000064413	ESTAMPILLA PROCULTURA	0.5000	9.577.780	47.889
	RETEICA 7.66 X MIL	0.7660	8.485.880	65.002
	RENTAS TRAB-HONORARIOS ART 383 ET	0.0000	5.646.076	127.000
	ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR 2%	2.0000	9.577.780	191.556
	TOTAL DESCUENTOS			431.447
3000072539	ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR 2%	2.0000	6.185.398	123.708
	ESTAMPILLA PROCULTURA	0.5000	6.185.398	30.927
	RETEICA 7.66 X MIL	0.7660	5.480.198	41.978
	TOTAL DESCUENTOS			196.613
3000120588	ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR 2%	2.0000	2.554.075	51.082
	ESTAMPILLA PROCULTURA	0.5000	2.554.075	12.770
	RETEICA 7.66 X MIL	0.7660	2.262.775	17.333
	TOTAL DESCUENTOS			81.185
3000125477	RETEICA 8.66 X MIL	0.8660	4.430.000	38.364
	TOTAL DESCUENTOS			38.364
3000177484	ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR 2%	2.0000	9.577.780	191.556
	ESTAMPILLA PROCULTURA	0.5000	9.577.780	47.889
	RETEICA 7.66 X MIL	0.7660	8.485.880	65.002
	RENTAS TRAB-HONORARIOS ART 383 ET	0.0000	5.091.528	69.000
	TOTAL DESCUENTOS			373.447

3000064413	5000820808	001	O232020200991119	1-100-I027	2026
3000064413	5000987468	001	O232020200882120	1-200-I025	2026
3000072539	5000735736	001	O232020200991119	1-100-I017	2025
3000120588	5000820808	001	O232020200991119	1-100-I027	2025
3000125477	5000822565	001	O230689	1-200-I071	2025
3000177484	5000820808	001	O232020200991119	1-100-I027	2025
3000222556	5000839880	001	10	1-100-I079	2025
3000301153	5000839880	001	10	1-100-I079	2025
3000306417	5000820808	001	O232020200991119	1-100-I027	2025
3000441770	5000839880	001	10	1-100-I079	2025



Historial de Pagos por Proveedor

3000222556	RETEICA 8.66 X MIL	0.8660	2.073.240	17.954
	TOTAL DESCUENTOS			17.954
3000301153	RETEICA 8.66 X MIL	0.8660	4.784.400	41.433
	TOTAL DESCUENTOS			41.433
3000306417	ESTAMPILLA PROCULTURA	0.5000	9.577.780	47.889
	ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR 2%	2.0000	9.577.780	191.556
	RENTAS TRAB-HONORARIOS ART 383 ET	0.0000	5.091.528	69.000
	RETEICA 7.66 X MIL	0.7660	8.485.880	65.002
	TOTAL DESCUENTOS			373.447
3000441770	RETEICA 8.66 X MIL	0.8660	4.784.400	41.433
	TOTAL DESCUENTOS			41.433
3000467335	ESTAMPILLA PROCULTURA	0.5000	9.577.780	47.889
	ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR 2%	2.0000	9.577.780	191.556
	RENTAS TRAB-HONORARIOS ART 383 ET	0.0000	5.091.528	69.000
	RETEICA 7.66 X MIL	0.7660	8.485.880	65.002
	TOTAL DESCUENTOS			373.447
3000527063	ESTAMPILLA PROCULTURA	0.5000	9.577.780	47.889
	RETEICA 7.66 X MIL	0.7660	8.485.880	65.002
	RENTAS TRAB-HONORARIOS ART 383 ET	0.0000	5.646.076	174.000
	ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR 2%	2.0000	9.577.780	191.556

3000467335	5000820808	001	O232020200991119	1-100-I027	2025
3000527063	5000820808	001	O232020200991119	1-100-I027	2025
3000568095	5000839880	001	10	1-100-I079	2025
3000628581	5000820808	001	O232020200991119	1-100-I027	2025
3000653789	5000839880	001	10	1-100-I079	2025
3000740679	5000820808	001	O232020200991119	1-100-I027	2025
3000760048	5000839880	001	10	1-100-I079	2025
3000885538	5000839880	001	10	1-100-I079	2025
3000897617	5000820808	001	O232020200991119	1-100-I027	2025
3001029331	5000820808	001	O232020200991119	1-100-I027	2025



Historial de Pagos por Proveedor

	TOTAL DESCUENTOS			478.447
3000568095	RETEICA 8.66 X MIL	0.8660	4.784.400	41.433
	TOTAL DESCUENTOS			41.433
3000628581	ESTAMPILLA PROCULTURA	0.5000	9.577.780	47.889
	RENTAS TRAB-HONORARIOS ART 383 ET	0.0000	5.646.076	174.000
	RETEICA 7.66 X MIL	0.7660	8.485.880	65.002
	ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR 2%	2.0000	9.577.780	191.556
	TOTAL DESCUENTOS			478.447
3000653789	RETEICA 8.66 X MIL	0.8660	4.784.400	41.433
	TOTAL DESCUENTOS			41.433
3000740679	ESTAMPILLA PROCULTURA	0.5000	9.577.780	47.889
	ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR 2%	2.0000	9.577.780	191.556
	RENTAS TRAB-HONORARIOS ART 383 ET	0.0000	5.646.076	174.000
	RETEICA 7.66 X MIL	0.7660	8.485.880	65.002
	TOTAL DESCUENTOS			478.447
3000760048	RETEICA 8.66 X MIL	0.8660	4.784.400	41.433
	TOTAL DESCUENTOS			41.433
3000885538	RETEICA 8.66 X MIL	0.8660	4.784.400	41.433
	TOTAL DESCUENTOS			41.433

3001053659	5000839880	001	10	1-100-I079	2025
3001053659	5000899146	001	10	1-100-I079	2025
3001159440	5000820808	001	O232020200991119	1-100-I027	2025
3001215074	5000899146	001	10	1-100-I079	2025
3001277209	5000820808	001	O232020200991119	1-100-I027	2025
3001306807	5000899146	001	10	1-100-I079	2025
3001375329	5000820808	001	O232020200991119	1-100-I027	2025



Historial de Pagos por Proveedor

3000897617	ESTAMPILLA PROCULTURA	0.5000	9.577.780	47.889
	RENTAS TRAB-HONORARIOS ART 383 ET	0.0000	5.646.076	174.000
	ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR 2%	2.0000	9.577.780	191.556
	RETEICA 7.66 X MIL	0.7660	8.485.880	65.002
	TOTAL DESCUENTOS			478.447
3001029331	ESTAMPILLA PROCULTURA	0.5000	9.577.780	47.889
	RETEICA 7.66 X MIL	0.7660	8.485.880	65.002
	RENTAS TRAB-HONORARIOS ART 383 ET	0.0000	5.646.076	174.000
	ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR 2%	2.0000	9.577.780	191.556
	TOTAL DESCUENTOS			478.447
3001053659	RETEICA 8.66 X MIL	0.8660	4.784.400	41.433
	TOTAL DESCUENTOS			41.433
3001159440	ESTAMPILLA PROCULTURA	0.5000	9.577.780	47.889
	ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR 2%	2.0000	9.577.780	191.556
	RETEICA 7.66 X MIL	0.7660	8.485.880	65.002
	RENTAS TRAB-HONORARIOS ART 383 ET	0.0000	5.646.076	174.000
	TOTAL DESCUENTOS			478.447
3001215074	RETEICA 8.66 X MIL	0.8660	4.784.400	41.433
	TOTAL DESCUENTOS			41.433



Historial de Pagos por Proveedor

3001277209	ESTAMPILLA PROCULTURA	0.5000	9.577.780	47.889
	RETEICA 7.66 X MIL	0.7660	8.485.880	65.002
	RENTAS TRAB-HONORARIOS ART 383 ET	0.0000	5.646.076	174.000
	ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR 2%	2.0000	9.577.780	191.556
	TOTAL DESCUENTOS			478.447
3001306807	RETEICA 8.66 X MIL	0.8660	4.784.400	41.433
	TOTAL DESCUENTOS			41.433
3001375329	ESTAMPILLA PROCULTURA	0.5000	9.577.780	47.889
	ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR 2%	2.0000	9.577.780	191.556
	RENTAS TRAB-HONORARIOS ART 383 ET	0.0000	5.646.076	174.000
	RETEICA 7.66 X MIL	0.7660	8.485.880	65.002
	TOTAL DESCUENTOS			478.447

	26-feb-26 20:31:42
	Otra información:
*	Si su documento tiene Estatus Registrada, se encuentra en trámite en la entidad ordenadora del pago. Por favor póngase en contacto con la entidad.
*	Si su consulta no presenta fecha de pago y tiene estatus de Rechazada o Anulada, su pago no pudo ser aplicado. Por favor póngase en contacto con la entidad ordenadora del pago.