

CUENTA DE COBRO No 02

ALCALDIA DISTRITAL DE BARRANQUILLA
NIT: 890.102.018-1

DEBE A:

SINDY PAOLA BOLAÑO FIGUEROA
C.C. 1.065.638.993 de Valledupar (Cesar)

LA SUMA DE:
\$5.000.000,00
(CINCO MILLONES DE PESOS) M/C

POR CONCEPTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ASESORÍA PARA EL FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS O TRAMITES RELACIONADOS CON EL FUNCIONAMIENTO DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE GESTION HUMANA DE ACUERDO AL CONTRATO No. **CD-02-2025-5355**.

CORRESPONDIENTE A UN SEGUNDO PAGO A 31 DE AGOSTO DE 2025.

CONSIGNAR LOS DINEROS EN LA CUENTA DE AHORROS NO. **77568585103** DE BANCOLOMBIA.

FIRMA



SINDY PAOLA BALAÑO FIGUEROA
C.C. 1.065.638.993 de Valledupar (Cesar)

Barranquilla, febrero de 2026

Doctora
MALKA IRINA RODRIGUEZ PEREIRA
Supervisor
Ciudad

Asunto: INFORME DE ACTIVIDADES No. 02 CORRESPONDIENTE A UN SEGUNDO PAGO A 31 DE AGOSTO DE 2025.

Cordial Saludo.

Con la presente hago entrega del informe de actividades No.02 correspondiente a un segundo pago a 31 de agosto de 2025, de acuerdo al Contrato de Prestación de Servicios No. **CD-02-2025-5355**. cuyo objeto es la PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ASESORÍA PARA EL FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS O TRAMITES RELACIONADOS CON EL FUNCIONAMIENTO DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE GESTION HUMANA.

CONSIGNAR LOS DINEROS EN LA CUENTA DE AHORROS NO. **77568585103** DE BANCOLOMBIA.

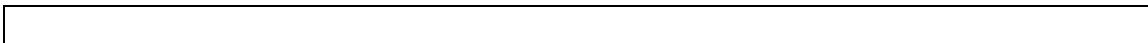
Atentamente,



SINDY PAOLA BALAÑO FIGUEROA
C.C. 1.065.638.993 de Valledupar

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORME NUMERO	02
CONTRATISTA	SINDY PAOLA BOLAÑO FIGUEROA
IDENTIFICACION	1.065.638.993
CONTRATO No.	CD-02-2025-5355.
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ASESORÍA PARA EL FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS O TRAMITES RELACIONADOS CON EL FUNCIONAMIENTO DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE GESTION HUMANA.
PLAZO DEL CONTRATO	6 MESES
SUPERVISOR	MALKA IRINA RODRIGUEZ PEREIRA
DEPENDENCIA	SECRETARIA DISTRITAL DE GESTIÓN HUMANA
PERIODO DE ACTIVIDADES	DEL 01 DE AGOSTO DEL 2025 A 31 DE AGOSTO DEL 2025
OBLIGACIONES CONTRACTUALES:	
<ol style="list-style-type: none">1. Revisar las resoluciones de cumplimiento de sentencias.2. Revisar las respuestas de los requerimientos de los entes de control.3. Verificar los datos laborales para verificación de base de datos previo al cargue en el aplicativo PASIVOCOL.4. Dar respuesta a los PQRSO sobre temas de inconsistencias presentadas en la historia laboral y cálculos actuariales5. Aportar el material documental solicitado por la dependencia competente para atender acciones de tutelas.6. Atender las solicitudes pensionales de entes descentralizados.7. Realizar seguimiento y control a las actividades que le sean asignadas	
ACTIVIDADES REALIZADAS EN DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL:	
<ol style="list-style-type: none">1. Se atendieron las solicitudes de pensiones de 17 funcionarios2. Se atendieron observaciones de entes de control relacionadas con tiempos de respuesta en novedades de nómina.3. Se dio acompañamiento a los eventos de FERIA VAMOS PAL BARRIO4. Apoyé en las actividades logísticas de los comedores comunitarios en el barrio la luz del 09 y el 23 de agosto de 2025.5. Brindé acompañamiento logístico en el día de la familia celebrado el día 29 de agosto en cajacopi el descanso junto al equipo de la Secretaria Distrital de Gestión Humana.6. Apoyé en las actividades logísticas de los comedores comunitarios del Barrio La Luz el día 16 de agosto.	



A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'S.B.F.' with a stylized flourish.

SINDY PAOLA BALAÑO FIGUEROA
C.C. 1.065.638.993 de Valledupar

Barranquilla, febrero de 2026

Señores
FIDUPREVISORA S.A.
Ciudad

Referencia: Certificación Retención en la Fuente

Yo, **SINDY PAOLA BOLAÑO FIGUEROA**, identificada[o] con la cédula de ciudadanía número **1.065.638.993** expedida en la ciudad de Valledupar, obrando en mi propio nombre y representación, por medio del presente documento me permito certificar bajo la gravedad del juramento los siguientes hechos que se configuran a la fecha de otorgamiento de esta certificación:

1. Que cumpla con las condiciones previstas en el estatuto tributario para pertenecer a la categoría de "empleado" en los términos en que la define el artículo 329 del EL, considerando que mis ingresos provienen en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%), de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, mediante una vinculación laboral o legal y reglamentaria b de cualquier otra naturaleza.
2. Que los pagos a recibir se enmarcan en la categoría (ti) del artículo 1 del decreto reglamentario 0099 de 2013, razón por la cual solicito que se me aplique la tabla de retención en la fuente prevista en dicho artículo.
3. Que respecto del año gravable anterior (2024), tengo la condición de:
Declarante (x) No Declarante ()
4. Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.
5. Que solicito se tenga en cuenta para la DEPURACION DE LA BASE DEL CÁLCULO DE RETENCION, prevista en el artículo 383 del Estatuto Tributario, los pagos efectivamente realizados por los siguientes conceptos:

Concepto	Aplica o No Aplica	Adjunto Soporte
1. Intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda.	NOAPLICA	
2. Aportes Voluntarios a fondos de pensiones o cuentas AFC. (Adjuntar carta de autorización e instrucciones dirigida a la FIDUCIARIA).	NO APLICA	
3. Pagos por Medicina Pre pagada o Seguros de Salud señalados en los literales a) y b) del artículo 387 del Estatuto Tributario, siempre que el valor a disminuir mensualmente, no supere dieciséis (16) UVT mensuales, y se cumplan las condiciones de control indicadas en las normas reglamentarias vigentes.	SI APLICA	
4. Deducción mensual por concepto de dependientes de hasta el 10% del total de los ingresos brutos provenientes de la relación laboral o legal y reglamentaria en el respectivo mes por concepto de dependientes1 hasta un máximo de treinta y dos (32) UVE mensuales. (Adjuntar declaración juramentada dirigida a Fiduprevisora indicando nombre, documento de identidad, edad y filiación de las personas por las que se solicita esta deducción conforme á las categorías descritas a continuación. En la declaración debe expresar claramente que ninguna otra persona está solicitando dicha deducción en relación con estos dependientes.)	NO APLICA	

Concepto	Aplica o No Aplica	Adjunto Soporte
PERSONAS QUE TIENEN LA CALIDAD DE DEPENDIENTES		
1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente.	SI APLICA	
2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	NO APLICA	
3. Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	NO APLICA	
4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	NO APLICA	
5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia; sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a, doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	NO APLICA	

6. Declaro que la información anteriormente relacionada y que entrego a Fiduprevisora S.A. es veraz, en atención al principio de Buena Fe consagrado en el artículo 83 de la Constitución Política de Colombia.

En constancia de lo anterior se suscribe la presente certificación en el mes de febrero de 2026 en dos ejemplares del mismo tenor.



SINDY PAOLA BALAÑO FIGUEROA
C.C. 1.065.638.993 de Valledupar

SINDY PAOLA BALAÑO FIGUEROA identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.065.638.993 expedida en Valledupar, obrando en mi propio nombre y representación, para efectos de probar la existencia y dependencia económica de los dependientes a que se refiere el artículo 2° del Decreto No. 0099 de 2013, bajo la gravedad del juramento,

CERTIFICO

Que las personas identificadas a continuación son dependientes económicamente a mi cargo:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JERONIMO JAIMES BOLAÑO	1146548108	HIJO

En constancia de lo anterior, se suscribe la presente certificación en el mes de febrero de 2026.



SINDY PAOLA BALAÑO FIGUEROA
C.C. 1.065.638.993 de Valledupar
Correo electrónico: sindyb_26@hotmail.com
Número celular: 3022881911

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1065638993	0	SINDY PAOLA BOLANO FIGUEROA	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
8-1	CR 64 86 108		3022881911			SINDYB26@HOTMAIL.COM		N



DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-08	2025-08	34232993	I	2025-08-27	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	899.700	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	34232993	2025-09-19	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EP'S	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC						Cot.	Cot.	Cot.	Cot.
1	CC 1065638993	BOLAÑO FIGUEROA SINDY PAOLA	3.100.000																	0			30	30	0	30	PROTECCION-230201	3.100.000	496.000	0	0	EPS SURA-EPS010	3.100.000	387.500	SIN CCF-SINCCF	0	0	3.100.000	16.200	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	899.700	N	1691001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1065638993	0	SINDY PAOLA BOLANO FIGUEROA	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
8-1	CR 64 86 108		3022881911			SINDYB26@HOTMAIL.COM		N



DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-08	2025-08	34232993	I	2025-08-27	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	899.700	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	34232993	2025-09-19	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
3.100.000	3.100.000	3.100.000	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	496.000	0	0	0	496.000
PROTECCION	230201	800229739	0	1	496.000	0	0	0	496.000
EPS(Administradoras: 1)				1	387.500	0	0	0	387.500
EPS SURA	EPS010	800088702	2	1	387.500	0	0	0	387.500
ARP(Administradoras: 1)				1	16.200	0	0	0	16.200
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	16.200	0	0	0	16.200
Gran Total					899.700	0	0	0	899.700



RAZÓN SOCIAL :	SINDY PAOLA BOLANO FIGUEROA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1065638993
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-09-03
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-09-19
FECHA DE PAGO:	2025-08-27
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-08
PERÍODO SALUD:	2025-08
NÚMERO PLANILLA:	34232993
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34232993
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800088702	EPS SURA	1	\$ 3.100.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 387.500	\$ 387.500
230201	800229739	PROTECCION	1	\$ 3.100.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 496.000	\$ 496.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 3.100.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 16.200	\$ 16.200
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 899.700	\$ 899.700

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/10/2025
----------------------------------	------------