Fecha de diligenciamiento
01/04/2026

Año SMMLV	Salario mínimo mensual vigente	Valor UVT 2026
2026	$ 1.750.905	$ 52.374

CONVENCIONES DILIGENCIAMIENTO FORMATO

Campo a diligenciar si así se requiere	Campo restringido, no diligenciar	Campo formulado, no diligenciar

DATOS PERSONALES

Tipo de identificación	Número de identificación	Dígito de verificación	Ciudad de expedición	Nombres y apellidos	Dirección	Ciudad	Teléfono	Responsable de IVA
CC	1010240926	1	Bogotá	MARGARITA ROSA ARAUJO OROZCO	CRA 23 100 80	Bogotá	3163029520	SI

INFORMACIÓN CONTRACTUAL

# Contrato	Fecha del contrato	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Objeto de Contrato	VALOR INICIAL CONTRATO
004	15/01/2026	15/01/2026	31/12/2026	OJ-001-PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA INDEPENDIENTE, CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, PARA APOYAR JURÍDICAMENTE A LA OFICINA JURÍDICA Y A LA SECRETARÍA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL, DE MANERA TRANSVERSAL, EN LOS ASUNTOS DE SU COMPETENCIA.	$ 122.692.347

CONTROL DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL Y CONTRACTUAL DEL CONTRATO

Periodo a radicar	No. Desembolso	Fecha Inicial actividades	Fecha final de actividades	Días de ejecución	EJECUCIÓN MENSUAL	SALDO POR EJECUTAR	% EJECUCIÓN
	1	15/01/2026	31/01/2026	16	$ 5.673.632	$ 117.018.715	4,62%
	2	01/02/2026	28/02/2026	30	$ 10.638.065	$ 106.380.650	13,29%
X	3	01/03/2026	31/03/2026	30	$ 10.638.065	$ 95.742.585	21,97%
	4			0	$ -	$ 95.742.585	21,97%
	5			0	$ -	$ 95.742.585	21,97%
	6			0	$ -	$ 95.742.585	21,97%
	7			0	$ -	$ 95.742.585	21,97%
	8			0	$ -	$ 95.742.585	21,97%
	9			0	$ -	$ 95.742.585	21,97%
	10			0	$ -	$ 95.742.585	21,97%
	11			0	$ -	$ 95.742.585	21,97%
	12			0	$ -	$ 95.742.585	21,97%

Marcar solamente con una **X**, el periodo a cobrar

LIQUIDACIÓN APORTES A SEGURIDAD SOCIAL - HUSJDMI

			12,50%		16%		0,522%	
No. Desembolso	Fecha Inicial actividades	Fecha final de actividades	IBC	APORTE SALUD	APORTE PENSIÓN	APORTE FSP	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1	15/01/2026	31/01/2026	$ 1.907.103	$ 238.400	$ 305.200	$ -	$ 10.000	**$ 553.600**
2	01/02/2026	28/02/2026	$ 3.575.820	$ 447.000	$ 572.200	$ -	$ 18.700	**$ 1.037.900**
3	01/03/2026	31/03/2026	$ 3.575.820	$ 447.000	$ 572.200	$ -	$ 18.700	**$ 1.037.900**
4			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$ -**
5			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$ -**

6			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$ -**
7			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$ -**
8			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$ -**
9			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$ -**
10			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$ -**
11			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$ -**
12			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$ -**

Campo de obligatorio diligenciamiento

Cotiza a Pensión
SI

ADICIÓN	REDUCCIÓN	VALOR ACTUAL CONTRATO	DÍAS EJECUCIÓN CONTRATO
$ -	$ -	**$ 122.692.347**	**346**

APORTES REALIZADOS A PILA						DIFERENCIA APORTES			
PLANILLA O PLANILLA	PERIODO PLANILLA	APORTE SALUD	APORTE PENSIÓN	APORTE FSP	APORTE ARL	APORTE SALUD	APORTE PENSIÓN	APORTE FSP	APORTE ARL
						-$ 238.400	-$ 305.200	$ -	-$ 10.000
						-$ 447.000	-$ 572.200	$ -	-$ 18.700
						-$ 447.000	-$ 572.200	$ -	-$ 18.700
						$ -	$ -	$ -	$ -
						$ -	$ -	$ -	$ -

						$ -	$ -	$ -	$ -
						$ -	$ -	$ -	$ -
						$ -	$ -	$ -	$ -
						$ -	$ -	$ -	$ -
						$ -	$ -	$ -	$ -
						$ -	$ -	$ -	$ -
						$ -	$ -	$ -	$ -

DECLARACIÓN JURAMENTADA
DEPURACIÓN DE BASE DE CÁLCULO DE RETENCIÓN

Bogotá D.C.,

Señores
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL - HUSJDMI
Ciudad

De acuerdo a lo establecido en el Estatuto Tributario, Ley 2277 del 13 de diciembre de 2022 Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 1625 del 11 de octubre de 2016 y sus modificaciones, Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, **bajo la gravedad de juramento certifico que**:

Marque SI o NO porque son excluyentes

1.	Soy declarante del impuesto de renta en los términos definidos por la normatividad vigente	**SI**	**X**	**NO**		
2.	Soy responsable del impuesto a las ventas - IVA	**SI**	**X**	**NO**		
3.	Que en el año anterior o en el año en curso he obtenido ingresos brutos totales provenientes de Contratos con el Estado igual o supérior a 4.000 UVT. Valor para el año 2026: $209496000	**SI**		**NO**	**X**	Presentar cuenta de cobro
4.	Pertenezco al régimen simple de tributación - RST según lo estipulado en el RUT	**SI**		**NO**	**X**	Marque "SI" solo si en el RUT tiene la responsabilidad 47
5.	Autorizo que se determine la retención en la fuente conforme al art. 9 del Decreto 2231 de 2023. Se refiere a que se depurará la base aplicando la retención en la fuente por salarios, en caso de marcar no, se aplica el concepto de Honorarios (tarifa del 10% u 11%, según sea el caso)	**SI**		**NO**	**X**	Se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el articulo 392 del E.T. según el caso. No diligenciar ni marcar SI en numerales 7 al 12
6.	De manera libre y espontanea manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica :					
	CONDICIÓN DEPENDENCIA / **Tipo** / **DOCUMENTO DE** / **DOCUMENTOS A APORTAR**					
	Nota: El certificado de antecedentes disciplinarios en ningún caso podrá ser mayor a 90 días.					
7.	Realicé el pago de intereses por préstamo de vivienda	**SI**		**NO**	**X**	
8.	Realizo ahorros en cuentas AFC (Ahorro para el fomento de la construcción)	**SI**		**NO**	**X**	
9.	Realizo aportes voluntarios a Fondos de Pensiones (Diferentes a los obligatorios)	**SI**		**NO**	**X**	
10.	Realicé el pago de planes de medicina prepagada y/o pólizas de salud	**SI**		**NO**	**X**	
11.	Soy Pensionado	**SI**		**NO**	**X**	
12.	Solicité la devolución de aportes al fondo de pensiones	**SI**		**NO**	**X**	
13.	**PAGO MES ACTUAL DE SEGURIDAD SOCIAL:** He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social, en debida forma, correspondiente a los ingresos relacionados con la **presente** cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 108 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.16 del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, según consta en el soporte adjunto.	**SI**	**X**	**NO**		
14.	**PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL:** He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con los ingresos recibidos del mes anterior (Pago mes vencido de Seguridad Social, No aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta).	**SI**		**NO**	**X**	
15.	Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.					
16.	Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a categoría tributaria.					

Para constancia se expide y se firma a los 1 días de abril del 2026.

MARGARITA ROSA ARAUJO OROZCO
CC 1010240926
Contrato de prestación de servicios No. 004 del 15 de enero de 2026

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1010240926
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARGARITA ROSA ARAUJO OROZCO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 23 # 100 - 80	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6008038325**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2026			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/12			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	134559265

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 572.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 572.200	$ 0	$ 572.200
SUBTOTALES:										**$ 572.200**	**$ 0**	**$ 572.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 447.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 447.000	$ 0	$ 0	$ 447.000
SUBTOTALES:													**$ 447.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 447.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 18.700	$ 18.700	$ 0	$ 0	$ 18.700
SUBTOTALES:									**$ 18.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 18.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1010240926	ARAUJO OROZCO MARGARITA ROSA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 3.215.680				NO								01-30										230301-PORVENIR	30	$ 3.575.825	$ 572.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 572.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 3.575.825	$ 447.000	$ 0	$ 447.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 3.575.825	101024092	$ 18.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 1.037.900

Espacio para Logo Corporativo

MARGARITA ROSA ARAUJO OROZCO
NIT 1.010.240.926-1
CR 12 6C 53 ED PIAMONTE AP 704
Tel: (601) 3163029520
Valledupar - Colombia
araujo_mrao@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. FEM 164

Señores	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL		
NIT	901.933.432-0	**Teléfono**	(605) 3305000 - Ext. 000
Dirección	CR 13 32 76	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	01/04/2026, 12:39
Expedición	01/04/2026, 12:45
Vencimiento	30/04/2026

Ítem	Descripción	Vr. Total	Cantidad
1	OJ-001-PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERAINDEPENDIENTE, CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA,ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, PARA APOYARJURÍDICAMENTE A LA OFICINA JURÍDICA Y A LA SECRETARÍAGENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOSY MATERNO INFANTIL, DE MANERA TRANSVERSAL, EN LOSASUNTOS DE SU COMPETENCIA. N° CONTRATO 004 DEL 15 DEENE 2026 PERIODO FACTURADO DEL 01 AL 31 DE MAR DEL 2026	10,638,065.00	1.00

Total items: 1

Total Bruto	8,939,550.42
IVA 19%	1,698,514.58
Total a Pagar	10,638,065.00

Valor en Letras:
Diez millones seiscientos treinta y ocho mil sesenta y cinco pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-04-30 por $ 10,638,065.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764107936321 aprobado en 20260331 prefijo FEM desde el número 163 al 500 Vigencia: 6 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 0141 Cría de ganado bovino y bufalino Tarifa
CUFE: 0761e1224d4a135575006b84a901d3a1827aea8cae12c1ce160214905758c1adfecca62678165a4cda56da5607d73322

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML