66 -588

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE PRESENTACIÓN: 1 DE ABRIL DE 2026 NÚMERO INFORME: 03 PERÍODO: 01 AL 31 DE MARZO De 2026	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	CT 203- 2026 /11 DE ENERO 2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LINA MARGARITA MEDINA AREVALO
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	1.026.276.983
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CESIONARIO CUANDO APLIQUE)	NO APLICA
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	NO APLICA
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	8 meses
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 40.920.000
NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	5000982659 (73)
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	$5.115.000
FECHA ACTA DE INICIO	27 DE ENERO DE 2026
PRÓRROGA[1]	NO APLICA
ADICIÓN	NO APLICA
SUSPENSIÓN	NO APLICA
REINICIO	NO APLICA
CESIÓN (CUANDO APLIQUE)	NO APLICA
DISMINUCIÓN DE PLAZO (CUANDO APLIQUE)	NO APLICA
REDUCCIÓN DE VALOR (CUANDO APLIQUE)	NO APLICA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 40.920.000
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	8 MESES
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)	26 DE SEPTIEMBRE DE 2026
OBJETO DEL CONTRATO	"PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA ALCALDÍA LOCAL DE BOSA, PARA LA FORMULACIÓN, EJECUCIÓN, SEGUMIENTO Y MEJORA CONTINUA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO".

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL		
EPS	**ARL**	**PENSION**
SANITAS	POSITIVA	COLFONDOS
NÚMERO DE PLANILLA	**PERIODO COTIZADO**	
1080676095	2026-02	

[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

DESARROLLO DEL INFORME	
OBLIGACIÓN ESPECIFICA # 01	
Mantener actualizada la descripción sociodemográfica de los trabajadores y gestionar con la ARL las orientaciones y/o actividades necesarias para garantizar las buenas prácticas de seguridad y salud en el trabajo al interior de la Alcaldía Local de Bosa, Mantener actualizada la descripción sociodemográfica de los trabajadores.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
1.1 Durante el periodo del presente informe no se realizo esta actividad.	N/A
OBLIGACIÓN ESPECIFICA # 02	
2. Realizar un diagnóstico de las condiciones de salud de los trabajadores de la Alcaldía Local de Bosa y los peligros/riesgos de intervención prioritarios, teniendo en cuenta los conceptos estipulados con el nivel central.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
2. Durante el período correspondiente al presente informe: **2.1.** Se realizó el seguimiento y actualización de la matriz de exámenes médicos ocupacionales de los conductores, asegurando la correcta caracterización y registro de su estado de salud. Esta actividad incluyó la verificación detallada de los exámenes de ingreso, periódicos y de egreso, así como la revisión de las fechas de vigencia, restricciones médicas y recomendaciones emitidas por los profesionales de salud ocupacional. De igual manera, se identificaron casos pendientes de actualización, gestionando su programación oportuna, con el fin de garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente y la aptitud médica de los conductores para el desarrollo seguro de sus funciones. **2.2.** Se actualizó la matriz de exámenes médicos del área de infraestructura, garantizando que los registros se encuentren completos y actualizados. En este proceso se llevó a cabo la recopilación, organización y validación de la información correspondiente a cada trabajador, verificando la existencia de los exámenes requeridos según el cargo y nivel de riesgo. Asimismo, se realizó el control de vencimientos y se generaron alertas para la programación de evaluaciones pendientes, contribuyendo a la prevención de enfermedades laborales y al fortalecimiento del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.	Documentos que reposan en el aplicativo SECOP II, carpeta comprimida obligación 2

2.3. Se realizó la actualización y diligenciamiento de la matriz de riesgos de los actores viales del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV), asegurando la identificación de peligros y la priorización de acciones preventivas. Esta actividad contempló el análisis de los diferentes actores viales (conductores, peatones, pasajeros y ciclistas), evaluando los riesgos asociados a sus comportamientos y condiciones del entorno. Adicionalmente, se revisaron y ajustaron los controles existentes, se definieron medidas de intervención y se establecieron acciones de mejora orientadas a la reducción de la siniestralidad vial, en concordancia con los lineamientos del PESV y la normatividad aplicable.	

OBLIGACIÓN ESPECIFICA # 03	
3. Realizar actividades relacionadas con la prevención y promoción de la salud en el trabajo, dentro de las que se encuentra programas de estilo de vida saludable, pausas activas, campañas de (salud de medicina del trabajo, promoción y prevención, tendientes a la prevención y el control de la farmacodependencia, el alcoholismo y el tabaquismo, entre otros) de conformidad con las prioridades que se identifiquen en el diagnóstico de las condiciones de salud de los trabajadores y los peligros/riesgos de intervención prioritarios.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
3. Durante el período correspondiente al presente informe: 3.1. El día 12/03/2026 se realizaron pausas activas en la sede Casa de la Justicia, incluyendo ejercicios de estiramiento, movilidad articular y actividades de concentración para los funcionarios. 3.2. El día 26/03/2026 se llevaron a cabo pausas activas en las sedes de Inspecciones, Casa de la Participación y Bodega, integrando estiramiento, movilidad articular y actividades de esparcimiento dirigidas a funcionarios y contratistas. 3.3. Se efectuó la inspección de los puestos de trabajo, enfocándose en la ergonomía de las sillas, atendiendo el requerimiento de la Supersalud, y se dio respuesta formal mediante el oficio No. 20265720108991.	Documentos que reposan en el aplicativo SECOP II, carpeta comprimida obligación 3

OBLIGACIÓN ESPECIFICA # 04
4. Reportar a la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), a la Entidad Promotora de Salud (EPS) todos los accidentes y las enfermedades laborales diagnosticadas, mantener un registro estadístico (base de datos) los incidentes y de los accidentes de trabajo, así como de las enfermedades laborales que ocurran, incluyendo indicadores de severidad, frecuencia, y mortalidad de los accidentes y prevalencia e incidencia de enfermedad laboral

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
4. Durante el período correspondiente al presente informe: 4.1. Se realizó la revisión de la investigación del accidente de trabajo ocurrido a la contratista Leidy Didiana Ramírez Castro, en el cual se presentó torcedura, esguince y desgarro muscular, derivados del descenso de un vehículo.	Documentos que reposan en el aplicativo SECOP II, carpeta comprimida obligación 4
OBLIGACIÓN ESPECIFICA # 05	
5. Verificar, analizar, actualizar y publicar el plan de emergencias, articulando todos los procesos de brigadas de emergencia tanto locales como distritales, como referente de los brigadistas locales.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
5. Durante el período correspondiente al presente informe: **5.1.** Se realizó el diligenciamiento y verificación de la **Descripción General de Gestión de Emergencias**, incluyendo los siete Procedimientos Operativos Normalizados (PON): • Procedimiento Operativo Normalizado para Incendio en Vehículos • Procedimiento Operativo Normalizado Volcamiento • Procedimiento Operativo Normalizado para Fuga de Combustible • Procedimiento Operativo Normalizado Emergencia en Vía • Procedimiento Operativo Normalizado Bloqueo en Vía • Procedimiento Operativo Normalizado Falla Mecánica • Procedimiento Operativo Normalizado Atención de Víctimas Estas actividades se realizaron con el fin de dar cumplimiento al paso 12 para la elaboración e implementación del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV).	Documentos que reposan en el aplicativo SECOP II, carpeta comprimida obligación 5
OBLIGACIÓN ESPECIFICA # 06	

6. Implementar y ejecutar el programa de inspecciones a herramientas, puestos de trabajo, ergonomía, elementos de protección personal, orden y aseo, botiquines, extintores, señalización, luminarias de las diferentes instalaciones de la Alcaldía Local.	
6. Durante el período correspondiente al presente informe: 6.1. Se realizó la inspección de la camilla de la Casa de la Participación, de los extintores de la Casa de la Participación, la Casa de Justicia y del vehículo, así como la revisión del botiquín de primeros auxilios, con el fin de garantizar la operatividad de los elementos de seguridad y atención en emergencias.	Documentos que reposan en el aplicativo SECOP II, carpeta comprimida obligación 6
OBLIGACIÓN ESPECIFICA #07	
7. Acompañar la elaboración de informes requeridos por la Alcaldía Local, y de las entidades externas de acuerdo con el objeto del contrato articulado con el área administrativa y el grupo de riesgos.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
7. Durante el período correspondiente al presente informe: 7.1. Se asistió a la capacitación de PESV, programada por la Secretaría de Movilidad, en la cual se establecieron los lineamientos para el diseño e implementación del PESV, con el objetivo de fortalecer los conocimientos del personal. 7.2. Se envió correo a ORVI, el Centro de Orientación a Víctimas de Siniestros Viales de la Secretaría Distrital de Movilidad, solicitando el cronograma de capacitaciones para los actores viales del PVES.	Documentos que reposan en el aplicativo SECOP II, carpeta comprimida obligación 7
OBLIGACIÓN ESPECIFICA #08	
8. Realizar procesos relacionados con el Sistema de Gestión de riesgos de la Alcaldía Local de Bosa, que permitan mejorar los entornos laborales al interior de la Alcaldía	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
8. Durante el período correspondiente al presente informe: 8.1. Se participó en la sesión de seguimiento y capacitación para la implementación del PESV, realizada el 10/03/2026 por el nivel central. Durante esta actividad se evaluó el porcentaje de ejecución del PESV, se realizaron observaciones de seguimiento y se emitieron recomendaciones orientadas a la correcta finalización de los ítems pendientes.	Documentos que reposan en el aplicativo SECOP II, carpeta comprimida obligación 8

OBLIGACIÓN ESPECIFICA# 09	
9. Desarrollar las demás actividades que sean acordadas con el Supervisor o el Apoyo a la Supervisión que permitan dar cumplimiento al objeto contractual	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
9. Durante el período correspondiente al presente informe: 9.1. Se realizó la asignación del Líder del PESV mediante radicado 20265720006863. 9.2. Se gestionó el oficio de designación del comité del PESV mediante radicado 20265720009003. 9.3. Se elaboraron los programas de gestión correspondientes al paso 8 del PESV. 9.4. Se desarrolló el plan anual de trabajo correspondiente al paso 9 del PESV. 9.5. Se elaboró la matriz de competencias correspondiente al paso 10 del PESV. 9.6. Se creó el formato de tasa de siniestros viales, según lo establecido en los pasos del PESV. 9.7. Se actualizaron las carpetas de conductores con la información más reciente. 9.8. Se realizó la verificación en SIMIT con el fin de identificar fracciones pendientes de pago en los Organismos de Tránsito conectados al sistema. 9.9. Se llevó a cabo reunión el 18/03/2026 para la identificación y definición de los indicadores del PESV.	Documentos que reposan en el aplicativo SECOP II, carpeta comprimida obligación 9
FIRMAS	
	CONTRATISTA

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

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) X 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)	**Firma:** **Nombre: Lina Margarita Medina Arévalo** **Cédula: 1.026.276.6983 de Bogotá**
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: Fabian Ernesto Ramírez Cruz** **Cargo: Alcalde Local de Bosa** **Firma:** **APOYO A LA SUPERVISIÓN** **Nombre: Sergio Andrés Caro Uscategui** **Cargo: Profesional Especializado 222-24** **Firma:**

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número de Contrato 203 de 2026

Yo, Lina Margarita Medina Arévalo, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.026.276.983 expedida en la ciudad de Bogotá.

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.	No

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)	No
¿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

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Se expide y firma a los (01) días del mes de abril del 2026.

Firma:

Nombre: Lina Margarita Medina Arévalo

C.C: 1.026.276.983 de Bogotá.

Dirección de correspondencia: carrera 29ª n 22-39

Teléfono de contacto: 3015715891

Correo electrónico institucional: N/A

Correo electrónico personal: linamedina525@gmail.com

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° 203 de 27/01/2026, que suscribí con el Fondo de desarrollo local de Bosa, 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	MES	AÑO
	1	4	2026

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	CÉDULA N°	UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO	TELÉFONO
Lina Margarita Medina Arevalo	1026276983	ADMINISTRATIVO - SST	301571589

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
Luciana Nausa Medina	Hija	14 años	$ 0
Guadalupe Rodriguez Medina	Hija	8 años	$ 0

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. [ ]

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

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

FIRMA DEL CONTRATISTA

GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DEDUCIBLE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Para diligenciar el formato tenga en cuenta los siguientes pasos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

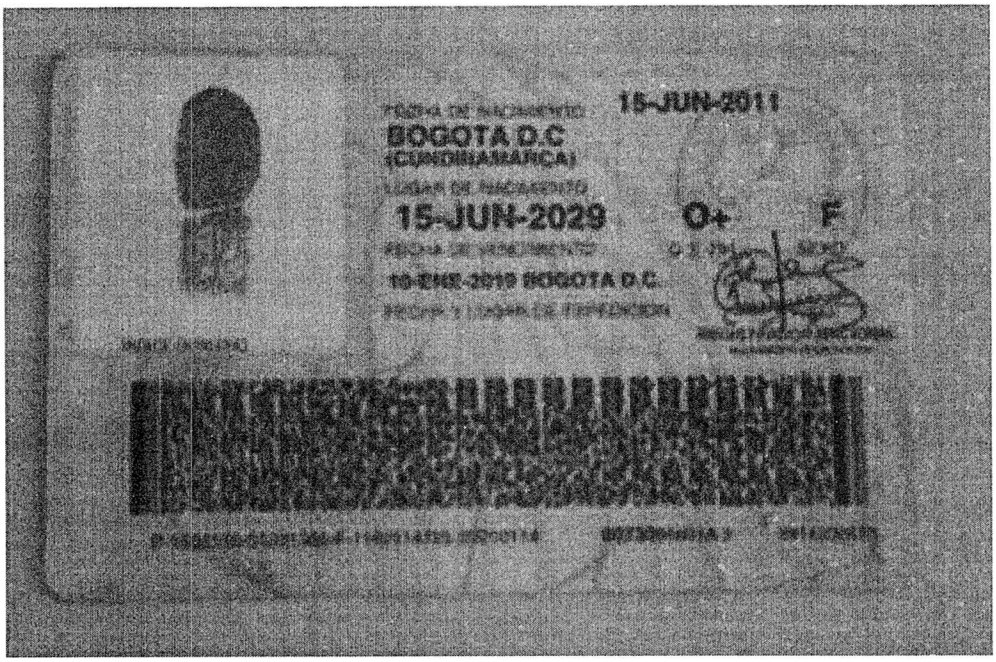
NUMERO 1.142.114.725
NAUSA MEDINA

APELLIDOS
LUCIANA

NOMBRES

Luciana Nausa M

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-JUN-2011
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
15-JUN-2029 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
10-ENE-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL



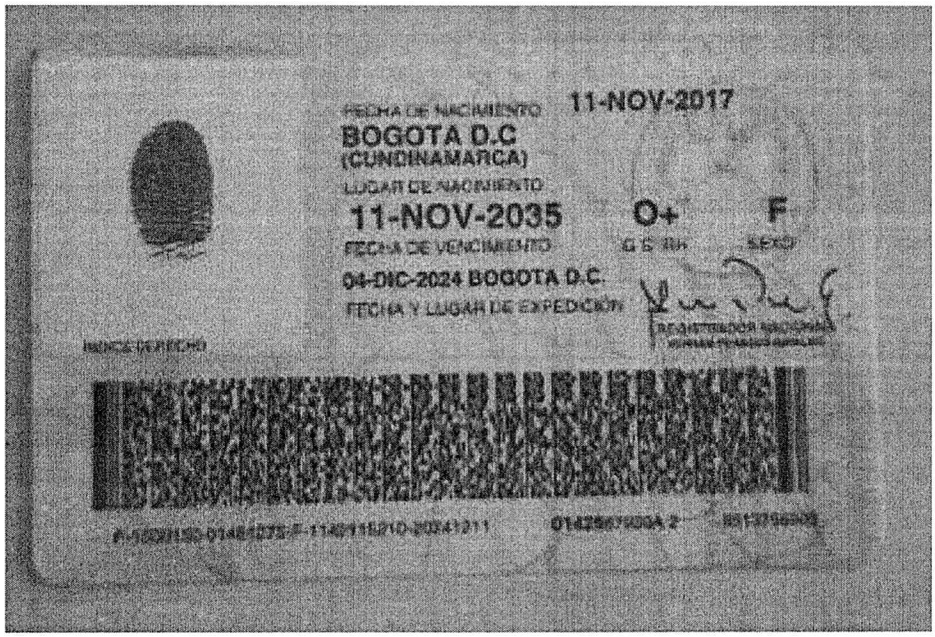
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.142.115.210
RODRIGUEZ MEDINA

APELLIDOS
GUADALUPE

NOMBRES
Guadalupe R.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-NOV-2017
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
11-NOV-2035 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
04-DIC-2024 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-26, 02:41:41 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1080676095

Periodo Cotización: febrero de 2026 **Periodo Servicio:** febrero de 2026

PAGADO 24/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LINA MARGARITA MEDINA AREVALO		
Documento	CC1026276983	**Dirección**	CL 18N #20 - 51 TORRE 1 APTO 1706
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3015715891
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1026276983	LINA MARGARITA MEDINA AREVALO	03	00																	0	30	30	0	0	(231001) COLFONDOS	$ 2.046.000	$ 327.400	(EPS005) EPS SANITAS	$ 2.046.000	$ 255.800	0.000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 583.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.046.000	$ 2.046.000	$ 0	$ 0	$ 327.400	$ 255.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 583.200	$ 2.000	$ 585.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.