

6-20

SECRETARÍA DE
GOBIERNOCERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE PRESENTACIÓN: 4 DE MAYO DE 2026

NÚMERO INFORME: 04

PERÍODO: 01 AL 30 DE ABRIL 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, SEGUIMIENTO 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	
1081279020	2026-03	

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 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
<p>2. Durante el período correspondiente al presente informe:</p> <p>2.1. Se actualizó la matriz de exámenes médicos del área de integración social, 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.</p> <p>2.2. Se realizó la aplicación de una encuesta de fatiga a los conductores, con el fin de identificar niveles de cansancio y posibles riesgos asociados, contribuyendo a la implementación de acciones preventivas en materia de seguridad.</p> <p>2.3. Se realizó el envío de correo electrónico para la socialización de los programas del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV), incluyendo la divulgación de los factores de desempeño, con el fin de fortalecer la cultura de seguridad vial y promover conductas responsables. En esta socialización se abordaron los ejes de gestión de la velocidad segura, prevención de la fatiga, prevención de la distracción, cero tolerancia a la conducción bajo los efectos del alcohol y sustancias psicoactivas, y la protección de</p>	<p>Documentos que reposan en el aplicativo SECOP II, carpeta comprimida obligación 2</p>

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES

actores viales vulnerables, orientados al cumplimiento de las directrices y la adopción de buenas prácticas en la vía.
2.4. Se envió solicitud de pieza publicitaria al área de comunicaciones, con el fin de difundir los programas del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV) y fortalecer la divulgación de sus lineamientos.

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 16/04/2026 se realizaron pausas activas en la Casa de la Participación, Casa de la Justicia, bodega e inspecciones, dirigidas a los funcionarios, incluyendo ejercicios de estiramiento, movilidad articular y actividades de concentración, con el fin de promover el bienestar físico y mental en el entorno laboral.
- 3.2. Se envió solicitud de pieza publicitaria al área de comunicaciones, con el fin de difundir los efectos del consumo de alcohol al conducir y promover conductas responsables en la vía.
- 3.3. Se envió solicitud de pieza publicitaria al área de comunicaciones, con el fin de difundir los riesgos asociados a los distractores al conducir y promover prácticas seguras en la vía.
- 3.4. Se realizó jornada de promoción y prevención enfocada en la toma de tensión arterial, brindando lineamientos y recomendaciones sobre hábitos de alimentación saludable, con el fin de prevenir enfermedades cardiovasculares y promover el cuidado de la salud.

Documentos que reposan en el aplicativo SECOP II, carpeta comprimida obligación 3



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES

OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 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 revisó la investigación del accidente de trabajo de la contratista María Alexandra Rojas Betancourt, ocurrido por pérdida de equilibrio al descender un escalón. Se evidenció ausencia de señalización preventiva en el área.	Documentos que reposan en el aplicativo SECOP II, carpeta comprimida obligación 4
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 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 asistió a la capacitación de primeros auxilios de la brigada de emergencia, con el propósito de fortalecer los conocimientos y habilidades para la atención oportuna de incidentes y emergencias. Durante la jornada se abordaron temas relacionados con la evaluación inicial del paciente, atención básica de lesiones y activación de protocolos de respuesta, contribuyendo a mejorar la capacidad de reacción ante situaciones de riesgo.	Documentos que reposan en el aplicativo SECOP II, carpeta comprimida obligación 5
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 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.	

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES

<p>6. Durante el período correspondiente al presente informe; 6.1. Se realizó la inspección de los botiquines de los vehículos y de los vehículos en general, verificando el estado, vigencia y completa dotación de los insumos, así como las condiciones mecánicas y de seguridad. Asimismo, se identificaron hallazgos y se emitieron recomendaciones para su adecuada corrección, con el fin de garantizar el cumplimiento de los lineamientos establecidos y la atención oportuna en caso de emergencia.</p>	<p>Documentos que reposan en el aplicativo SECOP II, carpeta comprimida obligación 6</p>
<p>OBLIGACIÓN ESPECIFICA #07</p>	
<p>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.</p>	
<p>ACTIVIDAD</p>	<p>MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL</p>
<p>7. Durante el período correspondiente al presente informe: 7.1. Se realizó reunión con la Secretaría de Movilidad con el propósito de establecer una alianza interinstitucional para la planificación y ejecución de actividades de promoción y prevención dirigidas a los diferentes actores viales. Durante la jornada se abordaron estrategias de articulación, definición de roles y posibles acciones conjuntas orientadas a la sensibilización, educación vial y reducción de riesgos en la vía, con el fin de fortalecer la seguridad vial y el trabajo coordinado entre entidades.</p>	<p>Documentos que reposan en el aplicativo SECOP II, carpeta comprimida obligación 7</p>
<p>OBLIGACIÓN ESPECIFICA #08</p>	
<p>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</p>	
<p>ACTIVIDAD</p>	<p>MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL</p>
<p>8. Durante el período correspondiente al presente informe: 8.1. Se realizó la primera reunión del Comité del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV), en la cual se socializaron sus funciones, se destacó su</p>	<p>Documentos que reposan en el aplicativo SECOP II, carpeta comprimida obligación 8</p>



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES

importancia en la gestión de la seguridad vial y se definieron lineamientos iniciales para el desarrollo de acciones orientadas a la prevención de riesgos y promoción de conductas seguras.

8.2. Se envió correo solicitando la elaboración de pieza publicitaria sobre el registro de bicicletas, con el fin de apoyar su difusión y fomentar la participación de los funcionarios.

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. Asistencia a la socialización y sensibilización sobre los elementos distractores en la conducción, con el fin de prevenir incidentes y promover comportamientos seguros en la vía.

9.2. Asistencia a la socialización y sensibilización sobre la gestión de la velocidad segura, orientada a la reducción de riesgos y el cumplimiento de los límites establecidos.

9.3. Se realizó la verificación en el SIMIT, con el fin de identificar infracciones pendientes de pago en los organismos de tránsito conectados al sistema.

Documentos que reposan en el aplicativo SECOP II, carpeta comprimida obligación 9

FIRMAS

CONTRATISTA

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)

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, certifiqué 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.

Firma:



Nombre: Lina Margarita Medina Arévalo

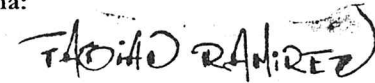
Cédula: 1.026.276.6983 de Bogotá

SUPERVISOR/INTERVENTOR

Nombre: Fabian Ernesto Ramirez Cruz

Cargo: Alcalde Local de Bosa

Firma:



APOYO A LA SUPERVISIÓN

Nombre: Sergio Andrés Caro Uscategui

Cargo: Profesional Especializado 222-24

Firma:



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



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Se expide y firma a los (04) días del mes de mayo del 2026.

Firma: 

Nombre: Lina Margarita Medina Arévalo

C.C: 1.026.276.983 de Bogotá.

Dirección de correspondencia: calle 18 # 20-51

Teléfono de contacto: 3015715891

Correo electrónico institucional: N/A

Correo electrónico personal: linamedina525@gmail.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° 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 relaciono 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 4 MES 5 AÑO 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.

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 ó por dependencia originada en factores físicos ó 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 compañeros (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 ó 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]
 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 requeridos en cada caso de se debe anexar por una única vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegar nuevamente
- FIRMA DEL CONTRATISTA:** Registre la firma del contratista que está tramitando la solicitud

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO: 1.142.115.210
RODRIGUEZ MEDINA

APELLIDO:
GUADALUPE

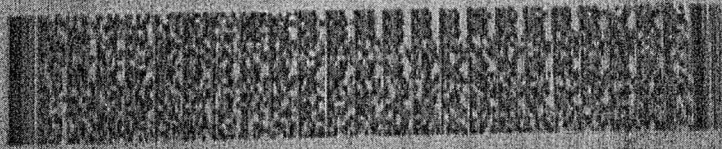
NOMBRES:
Guadalupe R.



FECHA DE NACIMIENTO: 11-NOV-2017
BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
11-NOV-2035 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO: 05 34 SEXO
01-DIC-2024 BOGOTÁ D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

NOMBRE DEL FECHADO

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
ESTADO CIVIL Y REGISTRO



114211500001421275 R-1142115210-20241211 01425876004 2 1142115210

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-04-27, 10:19:24 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1081279020

Periodo Cotización:

marzo de 2026

Periodo Servicio:

marzo de 2026

PAGADO 16/04/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LINA MARGARITA MEDINA AREVALO	Dirección	CL 18N #20 - 51 TORRE 1 APTO 1108
Documento	CC1026276983	Teléfono	3015715891
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.	Identificación	
Representante Legal		ARP	NINGUNA ARP
Total Afiliados	1		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades													Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total						
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	REF	SEF	TAE	TAP	TAP	VSP	COR	VST	IBF	IVA	AVP	VCT	IRP	Dis AFP	Dis EPS	Dis AFP	Dis AFP	Dis 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	\$ 0	\$ 583.200