| PROYECTA | EMPRESA PARA EL DESARROLLO TERRITORIAL<br>COMPROBANTE DE EGRESO | | | mipg | OP 476 |
|---|---|---|---|---|---|
| Código:<br>GA-P-11-R-01 | Versión:<br>03 | Vigente:<br>17/11/2022 | Página:<br>de | DOCUMENTO CONTROLADO | CE No. 00469 |

FECHA martes, 21 abril, 2026 **VALOR NET** **6.110.000,00**

PAGADO A OSORIO CARDONA MARIA ALEJANDRA 1096035340

CONCEPTO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO TECNICO PARA EL PROYECTO "CONSTRUCCIÓN HOSPITAL NUEVO E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

LA SUMA DE SEIS MILLONES CIENTO DIEZ MIL PESOS

**CONTABILIDAD**

| CODIGO | DÉBITOS | CRÉDITOS | CHEQUE | CUENTA | BANCO |
|---|---|---|---|---|---|
| 11100533 | 0,00 | 6.110.000,00 | | 0000000001 | BANCO SSF SGR |
| 24031653 | 6.110.000,00 | 0,00 | | | |
| | **6.110.000,00** | **6.110.000,00** | | | |

RECIBÍ

TESORERÍA

C.C./NIT.

8:32:55 PAG. 1 DE 1

SPGR
Sistema de Presupuesto y Giro de Regalías

# Orden de pago "Comprobante"

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHlroldan | LINA MARCELA ROLDAN PRIETO |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 03-630002 | EMPRESA PARA EL DESARROLLO TERRITORIAL - PROYECTA |
| Fecha y Hora Sistema: | 2026-03-27-9:55 a. m. | |

## ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 222503826 | **Fecha Registro:** | 2026-03-20 | **Unidad / Subunidad ejecutora:** | 03-630002 EMPRESA PARA EL DESARROLLO TERRITORIAL - PROYECTA | | |
| **Estado:** | Pagada | | | **Nro Obligación:** | 5926 | **Comprobante Contable de la Generación:** | |
| **Fecha Máxima Pago:** | 2026-03-25 | | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Bruto:** | 6.500.000,00 | **Valor Deducciones:** | 390.000,00 | **Valor Neto:** | 6.110.000,00 | **Saldo x Pagar:** | 0,00 |

## VALORES PAGADOS

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TRM Pago** | | **Valor Bruto** | **6.500.000,00** | Valor Deducciones | 390.000,00 | Valor Neto | **6.110.000,00** | Moneda Base Compra | | **Valor MBC** |

## REINTEGROS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Numeros** | | | | **No Recaudo:** | |
| **Bruto Reintegrado Pesos:** | 0,00 | **Reintegrado Deducciones Pesos:** | 0,00 | **Reintegrado Neto Pesos:** | 0,00 |
| **Bruto Reintegrado Moneda:** | 0,00 | **Reintegrado Deducciones Moneda:** | 0,00 | **Reintegrado Neto Moneda:** | 0,00 |

## TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | 1096035340 | **Razón Social:** | maria alejandra osorio cardona | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

## CUENTA BANCARIA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 0550138100018082 | **Banco:** | BANCO DAVIVIENDA S.A. | **Tipo:** | Ahorro | **Estado:** | Activa |

| TESORERIA | DOCUMENTO SOPORTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01-130100-DT - Direccion Nacional del Tesoro | **Número:** | | **Tipo:** | | **Fecha:** | |

**Tipo Beneficiario Pago** 01 - Beneficiario final

## ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS

| DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO | FUENTE | REC | SIT | VALOR | | VALOR PAGADO | | VALOR REINTEGRADO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | PESOS | MONEDA | PESOS | MONEDA | PESOS | MONEDA EXTRANJERA |
| 03-630002 PROMOTORA DE VIVIENDA Y DESARROLLO DEL QUINDIO- PROVIQUINDIO / 00RG-1906-0300-2024-00004-0010 CONSTRUCCIÓN HOSPITAL NUEVO E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS QUIMBAYA QUINDIO | | | | | | | | | |
| | Nación | RG63000 | CSF | 6.500.000,00 | 0,00 | 6.500.000,00 | | | |

| DEDUCCIONES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES | | TERCERO | | TARIFA | VALOR | VALOR AJUSTADO PAGO | VALOR REINTEGRADO |
| 2-03-02 | ESTAMPILLA PRO - CULTURA | 890001639 | DEPARTAMENTO DEL QUINDIO | 0,000 % | 65.000,00 | 65.000,00 | |
| 2-03-04 | ESTAMPILLA PRO - ADULTO MAYOR | 890001639 | DEPARTAMENTO DEL QUINDIO | 0,000 % | 195.000,00 | 195.000,00 | |
| 2-03-06 | ESTAMPILLA PRO - HOSPITALES | 890001639 | DEPARTAMENTO DEL QUINDIO | 0,000 % | 130.000,00 | 130.000,00 | |

| LINEAS DE PAGO VINCULADA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC | PODICION DEL CATALOGO DE PAC | FECHA | VALOR | ATRIBUTO LINEA DE PAGO | ESTADO |
| 03-630002 - PROMOTORA DE VIVIENDA Y DESARROLLO DEL QUINDIO- PROVIQUINDIO | SGR-AIRR - ASIGNACION PARA LA INVERSION REGIONAL - REGIONES | 2026-03-20 | 6.500.000,00 | 05 NINGUNO | Pagada |

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**ARMENIA,**
**QUINDIO,**
COLOMBIA,
**A quién interese**

**19/02/2026**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MARIA ALEJANDRA OSORIO CARDONA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1096035340**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **138100018082** |
| Fecha de apertura | **27/08/2013** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| PROYECTA | EMPRESA PARA EL DESARROLLO TERRITORIAL<br>ORDEN DE PAGO | mipg | PAG. 1<br>NRO. 0476 |
|---|---|---|---|

| Código: GF-P-01-R-13 | Versión: 04 | Vigente: 24/11/2022 | Página: de | DOCUMENTO CONTROLADO | FECHA 2026/04/21 |
|---|---|---|---|---|---|

RESOLUCIÓN DE PAGO No.

POR MEDIO DE LA CUAL SE RECONOCE Y ORDENA EL PAGO DE UNA CUENTA

EL GERENTE GENERAL , En uso de facultades legales: RESUELVE:

ARTÍCULO ÚNICO: Reconocer y ordenar el pago de la presenta cuenta, con cargo presupuestal, en el valor, beneficiario y concepto que a continuación se ralaciona:

| BENEFICIARIO | OSORIO CARDONA MARIA ALEJANDRA | NIT | 1096035340 | DV | 0 |
|---|---|---|---|---|---|

VALOR **SEIS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE. $6.500.000,00**

CONCEPTO **PRESTACIسN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO TECNICO PARA EL PROYECTO "CONSTRUCCIسN HOSPITAL NUEVO E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZسN DE JESع S QUIMBAYA QUINDIO", CسDIGO BPIN: 2024000040010"**

**IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL**

| RUBRO | | DEPEND | RECURSO | CRP | VALOR |
|---|---|---|---|---|---|
| 3.02.02.02.005.004.06.RG.1906.0300.2024.00004.0010_6 | Construcción Hospital Nuevo E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús Quimbaya Quindio Sistema General de Regalias | REGALIAS | Sistema General de Regalias | 182 | 6.500.000,00 |
| | | | **TOTAL** | | **6.500.000,00** |

**CONTABILIDAD**

| CÓDIGO | DÉBITO | CRÉDITO |
|---|---|---|
| 24031653 | 0,00 | 6.110.000,00 |
| 24072201 | 0,00 | 130.000,00 |
| 24072203 | 0,00 | 65.000,00 |
| 24072204 | 0,00 | 195.000,00 |
| 2902010321 | 6.500.000,00 | 0,00 |
| **TOTAL** | **6.500.000,00** | **6.500.000,00** |

**DESCUENTOS**

| DESCRIPCIÓN | VALOR |
|---|---|
| Estampilla PRO-HOSPITAL | 130.000,00 |
| Est PRO-CULTURA-contratos | 65.000,00 |
| PRO ADULTO MAYOR | 195.000,00 |
| **TOTAL** | **390.000,00** |

**ANEXOS**

| DESCRIPCIÓN | NÚMERO | FOLIOS |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| VALOR ORDEN | **6.500.000,00** |
| DESCUENTOS | **390.000,00** |
| NETO A PAGAR | **6.110.000,00** |

ORDENADOR DEL GASTO
GERENTE GENERAL

PROFESIONAL EN CONTABILIDAD Y PRESUPUESTO

Elaboró EMI

| PROYECTA | EMPRESA PARA EL DESARROLLO TERRITORIAL<br>ACTA DE AUTORIZACIÓN DE PAGO | | mipg |
|---|---|---|---|
| Código: GJC-P-03-R-11 | Versión: 09 | Vigente: 16/02/2022 | DOCUMENTO CONTROLADO |

| 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO | |
|---|---|
| Pago No. | 3 |
| Tipo de contrato. | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES |
| Contrato No. | 055 de 2026 |
| Periodo de pago: | Del 20 de marzo de 2026 al 19 de abril de 2026 |
| Objeto del contrato: | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO APOYO TECNICO PARA EL PROYECTO "CONSTRUCCION HOSPITAL NUEVO E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS QUIMBAYA QUINDIO, CODIGO BPIN 2024000040010" |
| Contratista: | MARIA ALEJANDRA OSORIO CARDONA |
| Supervisor : | CRISTIAN DAVID REYES RINCÓN |
| Fecha de inicio: | 20 DE ENERO DE 2026 |
| Valor total del contrato: | $ 117.000.000 |
| Certificado de disponibilidad Presupuestal: | No. 00177 del 19 de enero de 2026 |
| Registro Presupuestal: | No. 00182 del 20 de enero de 2026 |
| Valor adición: | N/A |
| Certificado de disponibilidad Presupuestal (adición) | N/A |
| Registro Presupuestal (adición) | N/A |
| Valor autorizado para pago: | $ 6.500.000,00 |

Nota. Adicionar las filas necesarias

| 2. BALANCE GENERAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Item | Concepto | Amortización | Valor Pago | Saldo $ |
| | | | **Valor total del contrato:** | $ 117.000.000,00 |
| 1 | Informe 01 | NA | $ 6.500.000,00 | $ 110.500.000,00 |
| 2 | Informe 02 | NA | $ 6.500.000,00 | $ 104.000.000,00 |
| 3 | Informe 03 | NA | $ 6.500.000,00 | $ 97.500.000,00 |

Nota. Adicionar las filas necesarias

**3. BALANCE POR COMPONENTES**

| INICIAL | | | Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 | Mes 5 | Saldo del contrato |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Componentes | Rubro | Valor rubro | Valor a pagar | Valor a pagar | Valor a pagar | Valor a pagar | Valor a pagar | |
| Construccion Hospital Nuevo E.S.E Hospital Sagrado Corazon de Jesus Quimbaya Quindio - Sistema General de Regalias | 3.02.02.02.005.004.06.RG.1906.0300.2024.00004.0010_6 | $ 117.000.000 | $ 6.500.000 | $ 6.500.000 | $ 6.500.000 | | | **$ 97.500.000** |

Nota. Adicionar las filas necesarias para los rubros

0

| 4. ADICION DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ADICION | | | | | |
| Componente | Rubro | Valor rubro | Valor a pagar | Valor a pagar | Saldo del contrato |
| | | | | | |

Nota. Diligenciar solo en caso de adición al contrato

| 5. MODO DE PAGO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Cheque | Transferencia | Entidad bancaria | Tipo de cuenta | Número de la cuenta |
| | X | DAVIVIENDA | AHORROS | 138100018082 |

| 6. SOPORTE DOCUMENTAL (ANEXOS) | |
|---|---|
| Item | Concepto |
| 1 | Declaracion Voluntaria de Renta |
| 2 | Estampillas |

Se deja constancia que se autoriza el pago por parte del SUPERVISOR CRISTIAN DAVID REYES RINCON toda vez que el contratista ha cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato en el periodo en mención.

Firma del supervisor

Profesional Contabilidad y Presupuesto

No de la orden de pago: 0476
Fecha de la orden de pago: 21/04/26

Tesorero

No. De comprobante de egreso -00469

Fecha del Comprobante de egreso -21/04/26

Fecha de giro -- 21/04/26

| PROYECTA | EMPRESA PARA EL DESARROLLO TERRITORIAL<br>DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA | | | |
|---|---|---|---|---|
| Código:<br>GF-P-01-R-08 | Versión:<br>03 | Vigente:<br>04/08/2021 | Página:<br>1 de 2 | DOCUMENTO CONTROLADO |

Armenia, 20 de abril de 2026

Ingeniera:
**LINA MARCELA ROLDAN PRIETO**
Gerente General
Empresa para el Desarrollo Territorial-PROYECTA

Yo, MARIA ALEJANDRA OSORIO CARDONA, identificado con cédula de ciudadanía No 1.096.035.340 de La Tebaida, manifiesto bajo la gravedad de juramento que la información aquí contenida es veraz y puede verificarse en cualquier momento e instancia correspondiente y que actualmente tengo con la Empresa para el Desarrollo Territorial-PROYECTA el Contrato de Prestación de Servicios 055 de 2026.

Por lo anterior declaro lo siguiente:

1. De la totalidad de mis ingresos en el año, un 80% o más; están conformados por Honorarios y/o servicios: SI _X_ NO__

2. El pago de seguridad social correspondiente al mes de marzo fue por un valor mensual en salud de $ 325.000 pensión de $ 416.000

3. Realizo pagos por medicina Prepagada SI___ NO__x_, el valor mensual pagado fue de $_____

4. Realizo pagos por seguros de Salud SI__ NO_x__ el valor mensual pagado $_____

5. Realizo pagos de intereses por crédito de Vivienda SI___ NO_x_ ( Aportar Certificado)

6. Realizo aportes voluntarios a fondos de pensiones SI___ NO__x_

7. Poseo dependientes a mi cargo SI__x_ NO___ De acuerdo a las siguientes condiciones (marque con una x la condición que usted cumple)

_x_Los hijos del declarante que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente de él. Nombres __GUADALUPE AVENDAÑO OSORIO__, identificación 1092861994

_____ Los hijos del declarante con edad entre 18 y 25 años, cuando el padre o madre, 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. Nombres _____ identificación _____

1 hijo del declarante mayores de 25 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

_____El cónyuge o compañero permanente del declarante que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a (260) UVT certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, y

_____Los padres y los hermanos del declarante que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

8. Cuenta con depósitos en cuentas de ahorro AFC (Ahorro para el Fomento a la Construcción) SI___ NO__X_ aportar certificado

9. He contratado 2 o más Trabajadores asociados a mi actividad económica SI___ NO_X__

Atentamente,

Firma:

Nombre: MARIA ALEJANDRA OSORIO CARDONA

Cédula: 1.096.035.340 de La Tebaida, Quindío.

Nota. Imprimir a doble cara

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141205053790

(415)7707212489984(8020) 000014120505379 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 9 6 0 3 5 3 4 0 | 0 | Impuestos y Aduanas de Armenia 1 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 9 6 0 3 5 3 4 0 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Quindío 6 3 | La Tebaida 4 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| OSORIO | CARDONA | MARIA | ALEJANDRA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Quindío 6 3 | Calarca 1 3 0 |

41. Dirección principal
CL 41 36 110 CA 56 CONDOMINIO ALTOS DEL RIO

42. Correo electrónico maocge@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 6 4 4 8 9 6 9 5 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | |
| 7 7 1 1 | 2 0 1 2 0 4 2 5 | 8 2 9 9 | 2 0 1 5 0 3 1 3 | 4 9 2 3 | | |

### Ocupación

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 5 | 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ORDOÑEZ LASSO JENNIFER ALEXANDRA
985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 02-01-2026 09:43:55AM