

CUENTA DE COBRO

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
NIT 901037916-1

DEBE A:

NOMBRE: MARGIE CATALINA SARMIENTO SIERRA

IDENTIFICACIÓN: CC X NIT No. 1.030.577.140 D.V. de BOGOTÁ

LA SUMA DE: Ocho millones ciento sesenta y seis mil ochenta y un pesos M/CTE (\$ 8.166.081,00)

POR CONCEPTO DE: Honorarios mensuales

Contrato No.: 601 de 2.026

DESEMBOLSO No.: 1

OBJETO: Prestar servicios profesionales orientados al análisis de requerimientos y la elaboración de casos de prueba necesarios para el diseño, desarrollo, implementación y puesta en marcha de los Sistemas de Información de la Entidad ID-058-DGTIC

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 02/02/2026 a 28/02/2026

FECHA: 2/03/2026

DIRECCION: CALLE 39 C SUR #83A 84

CIUDAD: Bogotá

TELEFONO: 3213170872

Catalina Sarmiento

FIRMA

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	10/02/2026	49618373	\$980.800	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	422.400	0		0		0	0	0	422.400	1	

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	540.700	0	0	0	0	0	0		540.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	17.700				17.700	0	0	17.700			177	17.700	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	422.400	422.400
Pensión	1	540.700	540.700
Riesgos Laborales	1	17.700	17.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	980.800	980.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030577140	MARGIE CATALINA SARMIENTO SIERRA		calle 39 c sur #83a 84	0000000	catasarmisie@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2026-02	2026-02	I	10/02/2026	49618373	\$980.800
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN						
1	CC	1030577140	SARMIENTO SIERRA MARGIE CATALINA	59	0		N																		230301	3.379.068	540.700	0	0	0	0	EPS002	3.379.068	422.400	14-23	3.379.068	1	17.700		0	0	0	0	0	0

PAGADA



CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2026

- c) Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
- d) Cónyuge o compañero permanente que se encuentra 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 certificados por medicina legal.
- e) Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificados por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes. (compartir certificado el cual constate la dependencia para cada caso)

Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge XXXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXXXX no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

- 3. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligación _____ de _____, según certificación del año gravable 202X; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el artículo 387 del estatuto tributario nacional, párrafo 1, hasta 100 uvt mensuales. (Compartir certificado del año gravable 2024)
- 4. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. _____ del Banco _____, a la cual consigno mensualmente la suma de (\$) _____, de la cual anexo la certificación bancaria. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes. (diligenciar y compartir solicitud con monto a descontar y certificación de la cuenta)
- 5. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____ la suma de (\$) _____, de la cual anexo certificación del Fondo de Pensiones. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-1 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes. (diligenciar y compartir solicitud con monto a descontar y certificación de la cuenta)



**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2026**

Nota: Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral.

6. Declaro que consigné a Medicina prepagada, servicios complementarios de salud, la suma de (\$), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales
7. 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. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario)
8. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, SI ☐ NO ☒ he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad, por lo cual solicito aplicar la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Diligenciar opción correspondiente obligatoriamente.

Atentamente,

Firma: *Catalina Sarmiento*
Margie Catalina Sarmiento Sierra
Cédula de ciudadanía No. 1030577140 de Bogotá
Bogotá D.C., 02/03/2026

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

62271142

NUIP 1012927971

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 2 C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. - NOTARÍA 3 BOGOTÁ DC * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido VIVAS * * * * * Segundo Apellido SARMIENTO * * * * *

Nombre(s) AMY VICTORIA * * * * *

Fecha de nacimiento Año 2 0 2 3 Mes S E P Día 4 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *

Número certificado de nacido vivo 52738711-7 * * * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos SARMIENTO SIERRA MARGIE CATALINA * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1030577140 * * * * *

Nacionalidad COLOMBIA * * * * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos VIVAS SOTO EDWIN * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1010198200 * * * * *

Nacionalidad COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos VIVAS SOTO EDWIN * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1010198200 * * * * *

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año 2 0 2 3 Mes S E P Día 1 9

Nombre y firma del funcionario que autoriza

MARIA YOLLY BERNAL (E)

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Obligación 1

The screenshot shows a SharePoint page for 'Gestión de Proyectos TI'. The breadcrumb trail is: > 601-MARGIESARMIE... > 3. Pagos > 02 > Entregables > Obligación1. The left sidebar contains navigation links: Inicio, Comunicaciones, Documentos, Bloc de notas, Páginas, Prueba de Lógica, Sesiones Hojas, Contenido del sitio, Papelera de reciclaje, and Editor. The main content area displays a table with columns: Nombre, Modificado por, Tamaño de archivo, and Modificado. One document is listed: 'Evidencias Obligación 1.pdf' by 'Margarita Cabello Sarmiento', 5.03 MB, modified 'Hace 23 minutos'. Buttons for '+ Agregar vista', '+ Agregar columna', '+ Crear o cargar', and '+ Detalles' are visible.

Obligación 2

The screenshot shows the same SharePoint page with the breadcrumb trail updated to: > 601-MARGIESARMIE... > 3. Pagos > 02 > Entregables > Obligación2. The document list is empty, showing only the column headers: Nombre, Modificado por, Tamaño de archivo, and Modificado. The interface elements (sidebar, buttons) remain the same.

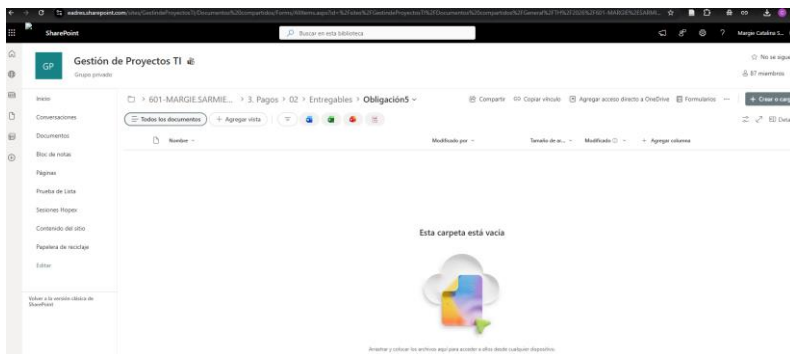
Obligación 3

The screenshot shows the SharePoint page with the breadcrumb trail: > 601-MARGIESARMIE... > 3. Pagos > 02 > Entregables > Obligación3. The document list contains 10 items, all by 'Margarita Cabello Sarmiento'. The documents are: 'Gestión de solicitudes ciudadanas OIRAS_Group01.drawing' (2.14 MB, 'Hace 42 minutos'), 'Gestión de solicitudes ciudadanas OIRAS_Group02.drawing' (305 KB, 'Hace 42 minutos'), 'Gestión de solicitudes ciudadanas OIRAS_Group03.drawing' (830 KB, 'Hace 42 minutos'), 'Gestión de solicitudes ciudadanas OIRAS_Group04.drawing' (284 KB, 'Hace 42 minutos'), 'OIRAS-HU-06-GC-F-FormularioSolicitudSubvención_v2.pdf' (807 KB, 'Hace 40 minutos'), 'OIRAS-HU-06-GC-F-FormularioSolicitudSubvención_v3.pdf' (965 KB, 'Hace 40 minutos'), 'OIRAS-HU-06-GC-F-Garantías_TerminosyCondicionesOIRAS_v2.pdf' (722 KB, 'Hace 40 minutos'), 'OIRAS-HU-31-GC-F-Garantías_Subvención_v2.pdf' (1.51 MB, 'Hace 40 minutos'), 'OIRAS-HU-31-GC-F-Garantías_Radiación_v2.pdf' (703 KB, 'Hace 40 minutos'), and 'OIRAS-HU-32-GC-F-Garantías_MH Subvención_v2.pdf' (677 KB, 'Hace 40 minutos').

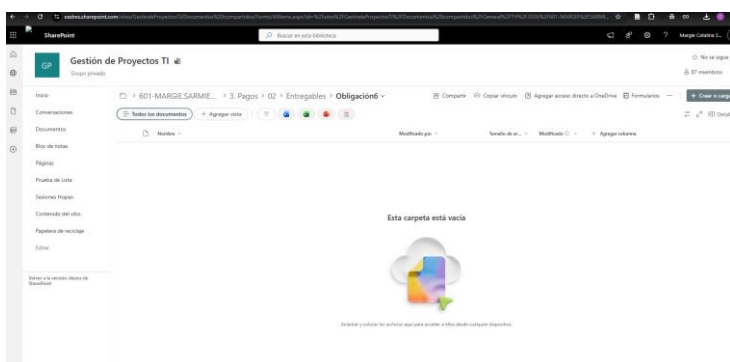
Obligación 4

The screenshot shows the SharePoint page with the breadcrumb trail: > 601-MARGIESARMIE... > 3. Pagos > 02 > Entregables > Obligación4. The main content area is empty, displaying the message 'Esta carpeta está vacía' (This folder is empty) with a cloud icon and the text 'Agregar y colar los archivos aquí para acceder a ellos desde cualquier dispositivo.' (Add and paste files here to access them from any device).

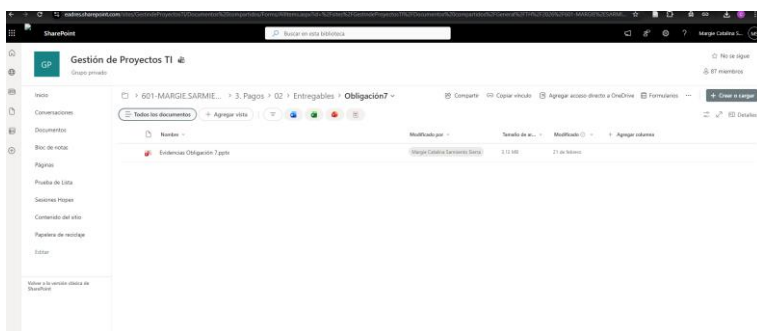
Obligación 5



Obligación 6



Obligación 7



Obligación 8

