

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTION FINANCIERA	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión: 12
		FOR-A09.2026-002	2025-01-31

TIPO DE CERTIFICACION:	PARCIAL	CESION:		FEI:		SGR:	
------------------------	---------	---------	--	------	--	------	--

1-INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

No. NIT o CÉDULA:	1.033.767.750	CONTRATISTA:	Paula andrea moreno arboleda		
CELULAR	3105500244	FECHA INICIO:	11/02/2025	FECHA FINAL:	30/06/2025
CONTRATO No.:	INS-CPS-141-2025	VALOR HONORARIOS:	\$ 6.180.000	PAGO NUMERO:	1 DE 5
REGISTRO PRESUPUESTAL:	28125				

2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

TIPO CONTRATO:	DECLARA RENTA:	PENSIONADO:	ANEXO CERTIFICADO DE INGRESOS	RESPONSABLE DE IVA	
PROFESIONAL	SI	NO	NO	NO	
INGRESOS HONORARIOS :		\$ 4.120.000	POR DIAS	CANTIDAD DE DIAS	HONORARIOS
IVA 19%			SI	20	\$ 4.120.000,00
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:					
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:		\$ 4.120.000	FACTURA:	FECHA:	

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

TOTAL (IBC):	\$ 2.472.000	ENTIDAD PROMOTORA	PAGO PLANILLA			
PENSION 16% (valor aporte):	\$ 263.700	Protección	ANTICIPADO			
SALUD 12,5% (valor aporte):	\$ 206.000	E.P.S Sanitas	PLANILLA DE PAGO No.	83942007	FECHA	5/02/2025
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	\$ 40.200	ARL Sura	PLANILLA DE PAGO AJUSTE (Si aplica)	84526899		27/02/2025
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	\$ 509.900					

Realice Aportes Voluntarios al Fondo de Pensiones Obligatorias de acuerdo al Artículo 55 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones obligatorias con aporte voluntario)	NO
--	----

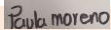
4-DATOS DE RETENCION Y NETO A PAGAR

Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Artículo 9 y 11).	NO
---	----

DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	MES	VALOR A DEDUCIR	CONCEPTO	BASE	TARIFA	%
a. % INTERESES POR PRESTAMOS DE VIVIENDA: límite max. Mensual 100 uvt 4.979.900, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-	RETEICA	\$ 3.650.300	0,766%	\$ 27.961
b. PREPAGADA o SEGURO SALUD O PLAN COMPLEMENTARIO: límite max. Mensual 16 uvt 796.784, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-	RETEFUENTE	\$ 2.707.575	54,37	\$ -
c. DEPENDIENTE: límite max. Mensual 32 uvt 1.593.568 correspondiente al mes pagado	NO		-	RETEIVA			0
d. APORTES: (Volunt. Pensiones) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 3800/189.236.200			-	TOTAL IMPUESTO		\$	27.961,30
e. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 189.236.200			-	TOTAL A PAGAR		\$	4.092.038,70
DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	\$	-	RETEFUENTE VOLUNTARIA			

5. FIRMAS

Bajo la gravedad de juramento, certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual y los documentos suministrados contienen los pago en salud, pensión y ARL
--


FIRMA CONTRATISTA

El supervisor del contrato certifica que el contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas dentro del periodo objeto de cobro y que verificó el pago de los aportes al sistema de seguridad social (SALUD 12,5%, PENSION 16% Y ARL 2,436%) de conformidad con las normas vigentes.

	
Nombre supervisor	maria luz gunturiz albarracin
Cargo	profesional especializado
Dependencia	Dirección de investigación
Nombre supervisor	
Cargo	
Dependencia	

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

Radicado No:		Obligación No:	
Fecha radicado No:		Fecha Radicación (SIIF):	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PROCESO GESTION FINANCIERA	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión: 12
	FOR-A09.2026-002	2025-01-31

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME DE AVANCE CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN	Versión: 03
		FOR-A02.0000-029	2022-08-19
			Página 1 de 2

NUMERO DE CONTRATO	INS-CPS-141-2025	NOMBRE DEL CONTRATISTA	PAULA ANDREA MORENO ARBOLEDA	
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar Servicios profesionales en la organización de colecciones biológicas y guiar a los custodios de muestras biológicas sobre el manejo, etiquetado, almacenamiento y organización de bases de datos, apoyando la elaboración de la documentación relacionada con la Gestión de biobancos y actividades asociadas a las colecciones de muestras biológicas albergadas en los diferentes grupos del INS.			
PERIODO DEL INFORME	DESDE:	11 FEBRERO 2025	HASTA:	28 FEBRERO 2025
DESCRIPCIÓN DEL AVANCE				
Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor	
Apoyar la organización de colecciones de muestras e información asociada en los diferentes grupos del INS.	Pendiente por iniciar.	Pendiente por iniciar.	Actividad Aun no realizada a la fecha.	
Apoyar en el marcaje de tubos y cajas para el almacenamiento de diferentes muestras biológicas.	Actividad Aun no realizada a la fecha.	Actividad Aun no realizada a la fecha.	Actividad Aun no realizada a la fecha.	
Apoyar en la migración de bases de datos al software de biobancos.	Se suben 2994 muestras al Biobanco de vigilancia genómica	Pantallazo con la Información cargada software Noraybanks.	Ejecución.	
Realizar las capacitaciones para el manejo del software de biobancos a funcionarios de los diferentes grupos del INS.	Planificación de las capacitaciones a los grupos de la DISP.	documento en Word.	Ejecución.	
Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo	Evaluación de inducción de SST-INS.	Documento con la evaluación realizada.	Ejecución.	

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME DE AVANCE CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN	Versión: 03
		FOR-A02.0000-029	2022-08-19
			Página 2 de 2

Nota: El seguimiento sobre el cumplimiento de las obligaciones lo realizará el supervisor en el FOR A02.0000-037 "INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN"

paula moreno

Paula Andrea Moreno Arboleda

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	Versión: 03
			2023-11-17
		FOR-A02.0000-037	Página 1 de 3

(1) Contrato No.	INS-CPS-141-2025		
(2) Nombre del Contratista:	PAULA ANDREA MORENO ARBOLEDA		
(3) Cargo del supervisor:	Profesional Especializado Equipo Banco De Proyectos		
(4) Interventoría si ☐ no ☐ Nombre:	NA		
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)	mgunturiz@ins.gov.co		
(6) Objeto del contrato:	Prestar Servicios profesionales en la organización de colecciones biológicas y guiar a los custodios de muestras biológicas sobre el manejo, etiquetado, almacenamiento y organización de bases de datos, apoyando la elaboración de la documentación relacionada con la Gestión de biobancos y actividades asociadas a las colecciones de muestras biológicas albergadas en los diferentes grupos del INS		
(7) Fecha de inicio:	11-02-2025	(8) Fecha terminación:	30-06-2025
(9) Período objeto del informe:	11 FEBRERO 2025 al 28 febrero 2025		

(10) ANALISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS EN EL MES O PERIODO EJECUTADO

Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
Apoyar la organización de colecciones de muestras e información asociada en los diferentes grupos del INS.	Pendiente por iniciar.	Pendiente por iniciar.	Actividad Aun no realizada a la fecha.
Apoyar en el marcaje de tubos y cajas para el almacenamiento de diferentes muestras biológicas.	Actividad Aun no realizada a la fecha.	Actividad Aun no realizada a la fecha.	Actividad Aun no realizada a la fecha.
Apoyar en la migración de bases de datos al software de biobancos.	Se suben 2994 muestras al Biobanco de vigilancia genómica	Pantallazo con la Información cargada software Noraybanks.	Ejecución.
Realizar las capacitaciones para el manejo del software de biobancos a funcionarios de los diferentes grupos del INS.	Planificación de las capacitaciones a los grupos de la DISP.	documento en Word.	Ejecución.

Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo	Evaluación de inducción de SST-INS.	Documento con la evaluación realizada.	Ejecución.
---	-------------------------------------	--	------------

Monitoreo del tratamiento a los riesgos de contratación registrados en el FOR-A02.0000-026 Anexo No 1 a los estudios previos
Matriz de riesgos de contratación

Nº	Clase	Fuente	Etapas	Tipo	Descripción (que puede pasar y, como puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión		
										¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?	Descripción del monitoreo realizado
1	General	Externo	Ejecución	Riesgos Operacionales	Riesgo por uso de información errada: se materializa cuando el contratista en cumplimiento de sus obligaciones debe recopilar información o usar la que se encuentra en su poder y esta no es la adecuada	El contratista ejecuta actividades propias del objeto contractual y de sus obligaciones con dicha información, la cual se vería reflejada en una inadecuada Ejecución del contrato.	Supervisor	Inicio de Ejecución	Fin de ejecución	Revisando la Información Suministrada	Antes de usar la Información	Al momento que se tiene los datos o información esta se verifica con el supervisor.
2	General	Externo	Ejecución	Riesgos Regulatorios	Defectos en los resultados del producto	No ejecución de los proyectos	Supervisor	Inicio de Ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	informe de supervisión mensual	Mensual	Se le envía un informe mensual al supervisor.
3	General	Externo	Ejecución	Riesgos Operacionales	Cambios regulatorios en materia tributaria, administrativa o normativa, relacionados con el objeto contractual	Retraso en el cumplimiento de las obligaciones y/o en el plazo establecido para la ejecución del contrato	Supervisor	Inmediato, una vez se presente el evento	Una vez se realicen los ajustes requeridos para hacer posible la ejecución del contrato	Seguimiento a las nuevas actividades establecidas para el contrato	Mensual	Se le envía un informe mensual al supervisor.
4	General	Externo	Ejecución	Riesgos Sociales o Políticos	Problemas de orden público que afecten los desplazamientos	Demora en la ejecución del objeto contractual	Supervisor	Inmediato, una vez se presente el evento	Una vez se realicen los ajustes requeridos para hacer posible la ejecución del contrato.	Seguimiento a las nuevas actividades establecidas para el contrato	Mensual	Se realiza convenio de trabajo con el supervisor
% DE AVANCE ACUMULADO									20%			

(11) DE CONFORMIDAD CON EL SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, EL SUPERVISOR/INTERVENTOR (ES) CERTIFICA QUE:

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	Versión: 03
			2023-11-17
		FOR-A02.0000-037	Página 3 de 3

1. El/La Contratista durante el periodo señalado, desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención.
2. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).
3. Durante el periodo el/la Contratista cumplió con lo dispuesto en el POE-A01.2014-001 “Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo”, especialmente lo establecido en el Anexo 1 sobre Normas y Requerimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo para Contratistas y los criterios de sostenibilidad ambiental, de acuerdo al tipo de actividad que desarrolla.
4. Aprueba los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El/La Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención.
5. **Durante el periodo ejecutado se hizo seguimiento a los riesgos establecidos en la matriz correspondiente (de acuerdo con la periodicidad establecida) y a la fecha no se ha materializado ninguno.**
6. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

(12) OBSERVACIONES:

(INCLUIR INFORMACIÓN RELEVANTE NO DESCRITA EN OTRO ACÁPITE, SOLO SI APLICA, NO ES NECESARIO REITERAR INFORMACIÓN)

(13) En constancia, firmo:

Maria Luz Gunturiz

María Luz Gunturiz Albarracín

NOMBRE Y FIRMA Supervisor (es)/Interventor (es)

(14) Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., FEBRERO-2025

Instructivo diligenciamiento (borrar, no imprimir):

1	Indicar número del contrato tal cual como aparece en la minuta
2	Indicar el nombre del contratista
3	Indicar el cargo del supervisor
4	Indicar si o no aplica interventoría, en caso de que aplique relacionar el nombre del interventor, de lo contrario relacionar N.A
5	Indicar correo del supervisor y del interventor, en caso de que aplique este último.
6	Indicar objeto del contrato.
7	Indicar fecha de inicio de ejecución del contrato según aplique, aprobación de póliza o suscripción acta de inicio.
8	Indicar fecha de terminación del contrato.
9	Indicar el período objeto de informe p. Ej.: del 8 de septiembre de 2010 a 8 de octubre de 2010 o el mes de marzo de 2015 (dependiendo de la naturaleza o tipo de contrato o convenio).
10	Incluir las obligaciones contractuales, actividades desarrolladas, informes, productos, etc. para el cumplimiento de las mismas, así como el concepto del supervisor correspondiente al mes o periodo ejecutado
11	Incluir la certificación de cumplimiento del supervisor y/o interventor de acuerdo al avance del contrato.
12	Indicar observaciones, si aplica.
13	Indicar nombre del supervisor (es) y/o interventor (es) y firmar.
14	Indicar ciudad y fecha en que se elabora el formato.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	CERTIFICADO DE INGRESOS	Versión: 20	
		FOR-A09.0000-013	2025-01-31	
DECLARACION JURAMENTADA				
Yo, paula andrea moreno arboleda , identificado con Cédula de Ciudadanía				
No. 1.033.767.750 de Bogotá , me permito declarar que mi vínculo actual con el Instituto Nacional de Salud es mediante: Contrato de Prestación de Servicios , con contrato número INS-CPS-141-2025				
CERTIFICO QUE:				
Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Artículo 9 y 11)			NO	
Cumpló con uno o varios requisitos relacionados a continuación: * Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 1.400 UVT o \$ 65.891.000 A 31 de diciembre de 2024. * Mi patrimonio bruto excedió 4.500 UVT o \$ 211.793.000 * Los consumos mediante tarjeta de crédito durante el año gravable excedieron la suma de 1.400 UVT o \$ 65.891.000. * El total de compras y consumos durante el año gravable superaron 1.400 UVT o \$ 65.891.000 y/o las consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras, durante el año gravable excedieron de 1.400 UVT o \$ 65.891.000.			SOY DECLARANTE DE RENTA	
INFORMACION PARA DEPURAR LA BASE DE LA RETENCIÓN CERTIFICO QUE:				
De las siguientes deducciones, seleccione los conceptos para tener en cuenta en la depuración de la Base del cálculo de la Retención en la Fuente:				
* Durante la vigencia 2024 pague intereses o tuve corrección Monetaria en Créditos de Vivienda (adjunto la certificación de la entidad responsable del crédito de vivienda donde se especifica el valor de los intereses pagados durante la vigencia 2024). Artículo 31 de la Ley 2277 de 2022			NO	
* Realice en una cuenta AFC - Ahorro para el Fomento de la Construcción de acuerdo al Artículo 126-1 E.T, (adjunto la certificación de ahorro de la cuenta AFC)			NO	
* Durante la vigencia 2024 realice pago como titular de plan complementario, servicio medico domiciliario o cuento con una póliza de salud de acuerdo al Artículo 387 E.T (adjunto la certificación correspondiente a la entidad de la cual soy titular)			NO	
* Realizo aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias de acuerdo al Artículo 126-1 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones voluntarias)			NO	
* Realizo Aportes Voluntarios al Fondo de Pensiones Obligatorias de acuerdo al Artículo 55 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones obligatorias con aporte voluntario)			NO	
* Cumpló con uno o varios requisitos del Parágrafo 2 del Artículo 387 E.T., correspondientes a dependientes económicos de los relacionados a continuación: (marque con una x según corresponda)			NO	
☐	° Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. (Adjunto registro civil de nacimiento).			
☐	° Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 25 años, cuando el padre madre contribuyente 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. (Adjunto certificado de estudio de educación superior, cédula de ciudadanía y registro civil de nacimiento)			
☐	° Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos psicológicos que sean certificados por el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes (Adjunto registro civil de nacimiento, cédula de ciudadanía, el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes).			
☐	° El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal (Adjunto certificado de convivencia y/o registro civil de matrimonio, cédula de ciudadanía, certificado de contador público o certificado de Medicina Legal)			
☐	° Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. (Adjunto registro civil de nacimiento, certificado de contador público o certificado de Medicina Legal) .			
Relación de Dependientes				
Tipo Doc.	Numero de Documento	Nombres y apellidos	Edad	Parentesco
La anterior se firma el 26 del mes 2 del año 2025				
 SE FIRMA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO				
Se firma bajo la gravedad de juramento que la información contenida en el formato es real y que las deducciones indicadas solo se estan reportando ante el Instituto Nacional de Salud ya que estas solo pueden ser aplicadas una vez por cada periodo				

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	CERTIFICADO DE INGRESOS	Versión: 20
		FOR-A09.0000-013	2025-01-31
Nota 1: El INS no se hace responsable de definirle a sus contratistas de prestación de servicios persona natural la calidad de declarantes o no declarantes, ni de la declaración de ingresos por el año anterior. Esta condición obedece a circunstancias de carácter personal que cada contratista conoce. Nota 2: los contratistas que hayan marcado las deducciones enunciadas en los numerales 1, 2,3, 4,5 y 6 de este documento en concordancia con lo establecido en el artículo 387 del E.T. y artículo 330 E.T., deberán adjuntar las certificaciones respectivas y de acuerdo a su clasificación tributaria cedular como Rentas de Trabajo.			

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033767750	PAULA ANDREA MORENO ARBOLEDA		carrera 69b - 65-76 sur	3105500244	phaulis.andre@hotmail.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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-02	2025-02	I	05/02/2025	83942007	\$494.100
TOTAL A PAGAR					

TOTALES POR SUBSISTEMAS

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	187.500	0		0		0	0	0	0	187.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	240.000	0	0	0	0	0	0		240.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	36.600				36.600	0	0	36.600			366	36.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	30.000	0	0	30.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	187.500	187.500
Pensión	1	240.000	240.000
Riesgos Laborales	1	36.600	36.600
CCF	1	30.000	30.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	494.100	494.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033767750	PAULA ANDREA MORENO ARBOLEDA		carrera 69b - 65-76 sur	3105500244	phaulis.andre@hotmail.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
2025-02	2025-02	I	05/02/2025	83942007	\$494.100

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	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	1033767750	MORENO ARBOLEDA PAULA ANDREA	59	0		N																		230201	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS005	1.500.000	187.500	14-11	1.500.000	3	36.600	CCF24	1.500.000	30.000	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033767750	PAULA ANDREA MORENO ARBOLEDA		carrera 69b - 65-76 sur	3105500244	phaulis.andre@hotmail.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		
83942007	05/02/2025				EMPLEADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR					
2025-02	2025-02	N			27/02/2025	84515655	\$16.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	6.300	0		0		0	0	0	0	6.300	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	8.000	0	0	0	0	0	0		8.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.200				1.200	0	0	1.200			12	1.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.000	0	0	1.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	6.300	6.300
Pensión	1	8.000	8.000
Riesgos Laborales	1	1.200	1.200
CCF	1	1.000	1.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	16.500	16.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033767750	PAULA ANDREA MORENO ARBOLEDA		carrera 69b - 65-76 sur	3105500244	phaulis.andre@hotmail.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
83942007	05/02/2025				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-02	2025-02	N	27/02/2025	84515655	\$16.500

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	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	1033767750	MORENO ARBOLEDA PAULA ANDREA	59	0		N																			230201	1.550.000	248.000	0	0	0	0	EPS005	1.550.000	193.800	14-11	1.550.000	3	37.800	CCF24	1.550.000	31.000	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033767750	PAULA ANDREA MORENO ARBOLEDA		carrera 69b - 65-76 sur	3105500244	phaulis.andre@hotmail.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		
84515655	27/02/2025				EMPLEADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR					
2025-02	2025-02	N			27/02/2025	84526899	\$32.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	12.500	0		0		0	0	0	0	12.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	16.000	0	0	0	0	0	0		16.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	2.400				2.400	0	0	2.400			24	2.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	2.000	0	0	2.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	12.500	12.500
Pensión	1	16.000	16.000
Riesgos Laborales	1	2.400	2.400
CCF	1	2.000	2.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	32.900	32.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033767750	PAULA ANDREA MORENO ARBOLEDA		carrera 69b - 65-76 sur	3105500244	phaulis.andre@hotmail.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
84515655	27/02/2025				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-02	2025-02	N	27/02/2025	84526899	\$32.900

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 exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SIL	IOE	MAA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	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	1033767750	MORENO ARBOLEDA PAULA ANDREA				59	0		N																	230201	1.650.000	264.000	0	0	0	0	EPS005	1.650.000	206.300	14-11	1.650.000	3	40.200	CCF24	1.650.000	33.000	0	0	0	0	0	

PAGADA