

	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL		
	INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS		
	Código:	SDS-CON-FT-014	

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: Dirección Financiera	CONTRATO No. 7203925	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 10/01/2025
		Fecha de Terminación: 29/04/2025
ENTIDAD CONTRATANTE: Fondo Financiero Distrital de Salud	CONTRATISTA: YURI ANDREA SIABATO SIABATO	PLAZO DE EJECUCIÓN: Dos (02) Meses y diecinueve (19) días
PRÓRROGA:		
Fecha de Inicio (Prórroga):		
SUPERVISOR (Nombre y cargo): Yolanda Patricia Valderrama Cortes – Dirección Financiera – Profesional Especializado 222 - 30	OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión como técnico en la Dirección Financiera para desarrollar actividades asociadas a la expedición de Certificados de Disponibilidad Presupuestal y Certificados de Registro Presupuestal, así como el seguimiento a las solicitudes de los Proyectos de Inversión del FFDS.	Fecha de Terminación (Prórroga):
		SUSPENSIÓN:
		Fecha de Inicio (Suspensión):
		Nueva Fecha de Terminación (Suspensión):
		PERIODO DEL INFORME: 01/04/2025 – 29/04/2025

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 30.917.040,00
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	\$ 00.000.000,00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	\$ 00.000.000,00
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	\$ 00.000.000,00
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	\$ 00.000.000,00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	\$ 9.485.910,00
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$ 3.396.190,00
SALDO POR EJECUTAR:	\$ 18.034.940,00

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas en la minuta del contrato)	AVANCE ACTIVIDADES (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	EVIDENCIAS O SOPORTE (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)
1. Emitir los Certificados de Disponibilidad Presupuestal (CDP) y los Certificados de Registro Presupuestal	1. Se realiza expedición de CDP y RP correspondientes a resoluciones, servicios públicos, contratos de personas naturales, jurídicas y subredes, teniendo en cuenta proyectos, auxiliares y fuentes a afectar	https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/sites/053000/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2F053000%2FDocumentos%20compartidos%2FCONTRA%2FINF%2FPRE

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano				

(CRP) conforme a las solicitudes recibidas.		https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/sites/053000/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2F053000%2FDocumentos%20compartidos%2FCONTRA%2FINF%2FPRE%2F2025%2FCTO%207203925%2DYASS%2F4%2E%20ABRIL%2FACTIVIDAD%202&viewid=80cecf5b%2Df667%2D4a3a%2Dba4b%2D1d9f2af1c5be&e=5%3A788ffaa6045642a38e3bc78ccd79a935&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&CT=1744164875706&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=3dbc857d%2D9334%2D58e3%2Dc020%2D49ebdb798e7&FolderCTID=0x0120006A7244DCFCF47747AC315A80CB0E0E05
2. Realizar el seguimiento para garantizar la expedición oportuna y eficiente de los Certificados de Disponibilidad Presupuestal CDP y Certificados de Registro Presupuestal RP, a través de la verificación del Plan Anual de Adquisiciones y las solicitudes recibidas de las diferentes áreas.	1. Apoyar la primera o segunda validación de las solicitudes de CDP y RP, teniendo en cuenta las fuentes, proyectos, auxiliares, SISCO, SECOP II y ejecución, con el fin de garantizar la correcta expedición	https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/sites/053000/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2F053000%2FDocumentos%20compartidos%2FCONTRA%2FINF%2FPRE%2F2025%2FCTO%207203925%2DYASS%2F4%2E%20ABRIL%2FACTIVIDAD%202&viewid=80cecf5b%2Df667%2D4a3a%2Dba4b%2D1d9f2af1c5be&e=5%3A788ffaa6045642a38e3bc78ccd79a935&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&CT=1744164875706&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=3dbc857d%2D9334%2D58e3%2Dc020%2D49ebdb798e7&FolderCTID=0x0120006A7244DCFCF47747AC315A80CB0E0E05
3. Gestionar la aprobación de las órdenes de pago en el sistema establecido por la entidad, conforme a las solicitudes realizadas por el supervisor.	1. Validación y aprobación de órdenes de pago en el sistema, así mismo radicación al área de tesorería	https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/sites/053000/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2F053000%2FDocumentos%20compartidos%2FCONTRA%2FINF%2FPRE%2F2025%2FCTO%207203925%2DYASS%2F4%2E%20ABRIL%2FACTIVIDAD%203&viewid=80cecf5b%2Df667%2D4a3a%2Dba4b%2D1d9f2af1c5be&e=5%3A788ffaa6045642a38e3bc78ccd79a935&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&CT=1744164875706&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=3dbc857d%2D9334%2D58e3%2Dc020%2D49ebdb798e7&FolderCTID=0x0120006A7244DCFCF47747AC315A80CB0E0E05
4. Brindar apoyo en la atención de peticiones o requerimientos provenientes de los entes de control, asegurando una respuesta adecuada y dentro de los plazos establecidos.	1. Apoyo en la elaboración de la información de pagos 2024 y 2025, solicitada por la contraloría	https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/sites/053000/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2F053000%2FDocumentos%20compartidos%2FCONTRA%2FINF%2FPRE%2F2025%2FCTO%207203925%2DYASS%2F4%2E%20ABRIL%2FACTIVIDAD%204&viewid=80cecf5b%2Df667%2D4a3a%2Dba4b%2D1d9f2af1c5be&e=5%3A788ffaa6045642a38e3bc78ccd79a935&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&CT=1744164875706&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=3dbc857d%2D9334%2D58e3%2Dc020%2D49ebdb798e7&FolderCTID=0x0120006A7244DCFCF47747AC315A80CB0E0E05

	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL		
	INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS		
	Código:	SDS-CON-FT-014	

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

5. Brindar apoyo a los responsables de los proyectos y/o gastos de funcionamiento en las actividades relacionadas con el cierre presupuestal mensual, asegurando una correcta ejecución del presupuesto.	1. Apoyo en la anulación de CDP y RP que sean requeridos. 2. Cargue del 100% de los CDP y RP expedidos durante el mes	https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/sites/053000/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2F053000%2FDocumentos%20compartidos%2FCONTRA%2FINF%2FPRE%2F2025%2FCTO%207203925%2DYASS%2F4%2E%20ABRIL%2FACTIVIDAD%205&viewid=80cecf5b%2Df667%2D4a3a%2Dba4b%2D1d9f2af1c5be&e=5%3A788ffaa6045642a38e3bc78ccd79a935&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&CT=1744164875706&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=3dbc857d%2D9334%2D58e3%2Dc020%2D49ebdb798e7&FolderCTID=0x0120006A7244DCFCF47747AC315A80CB0E0E05
6. Colaborar en el cumplimiento del Plan Operativo de Gestión y Desempeño Institucional (POGD) de la Dirección Financiera, así como en la elaboración y actualización de instructivos, guías y formatos, y en la implementación de procedimientos dentro del Sistema de Gestión de Calidad, en concordancia con la normatividad vigente.	1. Seguimiento y cumplimiento de los formatos e instructivos establecidos para los procesos presupuestales 2. Envío de archivos de CDP y RP, para la construcción de la matriz de cumplidos del mes 3. Envío de la información solicitada por la Subredes	https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/sites/053000/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2F053000%2FDocumentos%20compartidos%2FCONTRA%2FINF%2FPRE%2F2025%2FCTO%207203925%2DYASS%2F4%2E%20ABRIL%2FACTIVIDAD%206&viewid=80cecf5b%2Df667%2D4a3a%2Dba4b%2D1d9f2af1c5be&e=5%3A788ffaa6045642a38e3bc78ccd79a935&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&CT=1744164875706&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=3dbc857d%2D9334%2D58e3%2Dc020%2D49ebdb798e7&FolderCTID=0x0120006A7244DCFCF47747AC315A80CB0E0E05
7. Participar de manera activa y contribuir en todas las reuniones enfocadas en el cumplimiento de los objetivos de la Dirección Financiera	Participé en las siguiente reuniones: 1. Revisión archivo planilla contratistas BOGDATA 2. Liberaciones de CDP y RP	https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/sites/053000/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2F053000%2FDocumentos%20compartidos%2FCONTRA%2FINF%2FPRE%2F2025%2FCTO%207203925%2DYASS%2F4%2E%20ABRIL%2FACTIVIDAD%207&viewid=80cecf5b%2Df667%2D4a3a%2Dba4b%2D1d9f2af1c5be&e=5%3A788ffaa6045642a38e3bc78ccd79a935&sharingv2=true&fromShare=true&at=9&CT=1744164875706&OR=OWA%2DNT%2DMail&CID=3dbc857d%2D9334%2D58e3%2Dc020%2D49ebdb798e7&FolderCTID=0x0120006A7244DCFCF47747AC315A80CB0E0E05

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE

Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado:

DECLARACIÓN: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL		
	INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS		
	Código:	SDS-CON-FT-014	

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL					
APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	COMPENSAR	Empresa:	PROTECCION	Empresa:	SURA
				Nivel Riesgo:	1
Suma cancelada:	201.800	Suma cancelada:	258.400	Suma cancelada:	39.400
No Planilla:	85769139-86147015/86555662	No Planilla:	85769139-86147015/86555662	No Planilla:	85769139-86147015/86555662
Mes(es) cancelado(s):	Marzo/ Abril	Mes(es) cancelado(s):	Marzo/ Abril	Mes(es) cancelado(s):	Marzo/ Abril

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN					
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	YASiabato Mayo2025*	Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, AGILSALUD, SICAPITAL, SIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:	YASiabato Mayo2025*	Relación y entrega de archivos físicos y back up de información de archivos digitales, resultado de su gestión. (por favor indicar nombres, cantidades y ubicación):	Los archivos se encuentran en la carpeta SharePoint de Presupuesto: -Planilla de contratista de cesiones -Informes contraloría
FIRMA DEL CONTRATISTA					
CONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS: YURI ANDREA SIABATO SIABATO				
	FIRMA: 				
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.033.748.954				

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO	
Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para el periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en el informe, y según el periodo de ejecución reportado. Acreditando un cumplimiento hasta la fecha de reporte del 41.29 % de ejecución del contrato.	OTRAS OBSERVACIONES:
INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO	

	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL		
	INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS		
	Código:	SDS-CON-FT-014	

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

En la siguiente tabla se registra e informa el estado de los riesgos de la etapa contractual (ejecución), reportados en la matriz de riesgos de los estudios previos al corte de este informe:

Nº	Descripción del Riesgo	¿Se materializó el riesgo? (Marque con una X)		Observaciones (Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializó el riesgo)
		SI	NO	
8	Cambio de régimen NO responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista		X	
9	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		X	

SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO:
	Yolanda Patricia Valderrama Cortes
	FIRMA: El presente informe es suscrito por la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP.

REVISÓ	NOMBRE Y APELLIDO:
	NO APLICA
	FIRMA: El presente informe es revisado por el apoyo a la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP.

NOTAS:

- * El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.1.
- * Anexo: Comprobantes de pago de aportes al sistema de seguridad social en salud y pensión, Certificado ARL y Orden de Pago.
- * Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones si aplica.



SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2025

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

ORDEN DE PAGO

No: 504667

Usuario Dilig:

Fecha de Impresión:

Estado:

YAMEDINA

08/05/2025

GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	02-APR-25
1. DATOS DEL BENEFICIARIO					
Nombre:	YURI ANDREA SIABATO SIABATO	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	CR 86 58 C 70 SUR	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	1033748954	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	8480328759/A
2. DATOS DEL COMPROMISO					
Compromiso a Pagar:	CT - CONTRATOS (CON / SIN LICITACIÓN)	No:	7203925	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			
Detalle					
CTO-NO7203925-PLANILLA OGI_VIGENCIA-MARZO 2025-PERIDO DE:01-mar 30-mar-2025					
Tipo de Orden de Pago:	VIGENCIA				
3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL					
Fuente de financiación:			IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL		
	CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
	780	O2-3-01-17-019-06-20240141-247180051	793	Contratacion del Recurso Humano	\$3.513.300,00
VR BRUTO			TRES MILLONES QUINIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS PESOS		\$3.513.300,00
ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor		
O2-3-01-17-019-06-20240141-247180051	01	12013	\$3.513.300,00		
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco	
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-001		
4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE					
Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES	
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	\$3.513.300,00	
DESCUENTO DIRECTO	1	\$3.513.300,00	2-4-90-90-0015	\$1.322.200,00	
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	\$3.513.300,00	2-4-36-90-0003	\$17.567,00	
RETEICA- SERVICIOS 0,966%	.966	\$3.100.000,00	2-4-36-27-0001	\$29.946,00	
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$3.513.300,00	2-4-36-90-0007	\$70.266,00	
TOTAL DESCUENTOS			\$1.439.979,00		
Valor amortización:					
Id fuente	Detalle		VALOR NETO A GIRAR	DOS MILLONES SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTIUN PESOS	
01	Recursos Del Distrito			\$2.073.321,00	
12013	APORTE ORDINARIO			Código contable	2-4-01-02-0003
MOVIMIENTO TESORERÍA					
Endosado a:					
Observaciones			Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)		
			Nombre _____		
			Cédula _____ Firma_____		
YURY ANGELICA MEDINA OSPINA GESTION DE PAGOS			YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES Responsable del Presupuesto		
					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033748954	YURI ANDREA SIABATO SIABATO		CRA 86 N 58 C 70 SUR	7838903	yuans73@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
2025-03	2025-03	I	11/04/2025	85769139	TOTAL A PAGAR \$469.000

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	469.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033748954	YURI ANDREA SIABATO SIABATO		CRA 86 N 58 C 70 SUR	7838903	yuans73@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
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-03	2025-03	I	11/04/2025	85769139	\$469.000
					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	Subjugo	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	1033748954	SIABATO SIABATO YURI ANDREA	59	0		N																		230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0	

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1033748954	YURI ANDREA SIABATO SIABATO		CRA 86 N 58 C 70 SUR	7838903	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
85769139	11/04/2025				EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-03	2025-03	N	30/04/2025	86147015	\$63.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	23.500	0		0		0	19	300	0	23.800	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	30.200	0	0	0	0	19	400	0	30.600	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	4.600				4.600	19	100	4.700			46	4.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	3.800	19	100	3.900	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	19	0	0	0
ICBF				
0	19	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	23.500	23.800
Pensión	1	30.200	30.600
Riesgos Laborales	1	4.600	4.700
CCF	1	3.800	3.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	62.100	63.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033748954	YURI ANDREA SIABATO SIABATO		CRA 86 N 58 C 70 SUR	7838903	yuans73@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
85769139	11/04/2025				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1
2025-03	2025-03	N	30/04/2025	86147015	0
					TOTAL A PAGAR
					\$63.000

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	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	1033748954	SIABATO SIABATO YURI ANDREA	59	0		N									X										230201	1.612.000	258.000	0	0	0	0	EPS008	1.612.000	201.500	14-11	1.612.000	3	39.300	CCF24	1.612.000	32.300	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033748954	YURI ANDREA SIABATO SIABATO		CRA 86 N 58 C 70 SUR	7838903	yuans73@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
2025-04	2025-04	I	13/05/2025	86555662	TOTAL A PAGAR \$531.100

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	201.500	0		0		0	0	0	0	201.500	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	258.000	0	0	0	0	0	0		258.000	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	39.300				39.300	0	0	39.300			393	39.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	32.300	0	0	32.300	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	201.500	201.500
Pensión	1	258.000	258.000
Riesgos Laborales	1	39.300	39.300
CCF	1	32.300	32.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	531.100	531.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033748954	YURI ANDREA SIABATO SIABATO		CRA 86 N 58 C 70 SUR	7838903	yuans73@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
					EMPLADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1
					0
					TOTAL A PAGAR
2025-04	2025-04	I	13/05/2025	86555662	\$531.100

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	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	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	1033748954	SIABATO SIABATO YURI ANDREA	59	0			N																		230201	1.612.000	258.000	0	0	0	0	EPS008	1.612.000	201.500	14-11	1.612.000	3	39.300	CCF24	1.612.000	32.300	0	0	0	0	0

PAGADA

Medellín, 08 de mayo de 2025

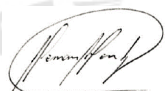
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que YURI ANDREA SIABATO SIABATO identificado(a) con C1033748954 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10337489542512830262

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos