

INFORME DE SUPERVISIÓN

1. COMPONENTE INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Nombre del Contratista: DIANA PATRICIA CUARTAS TABARES		Documento de Identidad/NIT: 39.443.097		Número del Contrato: 2025PS090097
Marque con una X el tipo de contrato:				Supervisor: WILSON GABRIEL CASTRO MORALES PROFESIONAL UNIVERSITARIO INCERDE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SUMINISTRO	OBRA PÚBLICA	CONVENIO	Plazo inicial del contrato: El plazo establecido para la ejecución del objeto del contrato será, a partir de la suscripción del acta de inicio sin exceder el 15 de diciembre de 2025.
X				
Fecha de suscripción del contrato: Día: 01 Mes: 07 Año: 2025		Fecha de inicio del contrato: Día: 01 Mes: 07 Año: 2025		Fecha de terminación del contrato: Día: 15 Mes: 12 Año: 2025
Objeto del contrato: "Prestación de servicios de apoyo a la gestión como instructor de aeróbicos y rumba aeróbica en el Instituto Cejeño de la Recreación y El Deporte INCERDE".				
Factura o documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar N° 3	Pago número: 3	Valor del pago: \$ 2.000.000	Fecha de recibido de factura con soportes Mes: 10 Año: 2025	Periodo de Cobro Mes: 09 Año: 2025

2. EVENTOS DEL CONTRATO

Valor Inicial del contrato:	\$ 11.000.000 (once millones de pesos M/L)	Disponibilidad Presupuestal N°:	295
		Registro presupuestal N°:	345
Adición N°:	Valor:	Disponibilidad Presupuestal N°:	
		Registro presupuestal N°:	

Valor total del contrato con adiciones:	Valor: \$ 11.000.000
Cesión del Contrato (SI/NO):	Nombre del Cedente:
Suspensión del Contrato (SI/NO):	Tiempo de Suspensión del Contrato:
Prórroga N°.	Tiempo de la Prórroga:

3. COMPONENTE ADMINISTRATIVO

3.1. PAGOS REALIZADOS A LOS SISTEMAS DE SALUD, RIESGOS PROFESIONALES, PENSIONES Y APORTES PARAFISCALES

El supervisor y/o coordinador verifican el cumplimiento por parte del Contratista de sus obligaciones frente a los aportes a los sistemas de salud, pensiones, y cuando a ello haya lugar, riesgos profesionales, aportes a la Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, y su correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas, de conformidad con la ley 789 de 2002, art. 50

HONORARIOS A COBRAR E INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	PERIODO DE COTIZACIÓN	VALOR DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE LA PLANILLA
\$ 1.423.500	septiembre 2025	\$ 420.700	7983364955

3.2. VERIFICACIÓN DE LAS GARANTÍAS CONTRACTUALES SI LAS TIENE

El supervisor verificó el cumplimiento por parte del CONTRATISTA de sus obligaciones frente a la póliza de anticipo, Cumplimiento, Responsabilidad Civil Contractual, Prestaciones Sociales y Calidad. Las Garantías se encuentran suscritas a favor del Instituto por todo el Contrato. El Supervisor revisó y confirmó la suscripción de éstas, las cuales hacen parte del paquete del Contrato que se encuentra.

SI	NO
NO APLICA X	

4. COMPONENTE INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

1. Valor Inicial del Contrato	\$ 11.000.000
2. Adición N°	\$0
3. Valor de la cuota (Debe ser igual al valor de la factura o cuenta de cobro presentada por el Contratista).	\$ 2.000.000
4. Valor Ejecución del Contrato a la fecha del Informe (Debe ser igual a los valores de las facturas o cuentas de cobro presentadas por el Contratista más el anticipo si lo hubo).	\$ 6.000.000

4.1 CONTROL DE PAGOS

NUMERO DE PAGO	NUMERO DE FACTURA/CUENTA DE COBRO	VALOR DE FACTURA/CUENTA DE COBRO	NUMERO DE COMPROBANTE DE EGRESO	SALDO
1	1	\$ 2.000.000	0595	\$ 9.000.000
2	2	\$ 2.000.000	0734	\$ 7.000.000
3	3	\$ 2.000.000		\$ 5.000.000

5. COMPONENTE TÉCNICO

5.1. ESTADO DE AVANCE DEL OBJETO CONTRATO

PORCENTAJE DE AVANCE EN EJECUCIÓN FÍSICA

54.54%

Descripción de las obligaciones específicas del contratista	Estado de avance de las obligaciones específicas del contratista para el periodo del presente informe
1. Realizar acciones necesarias para la convocatoria, promoción, difusión, planeación e instrucción de aeróbicos en 10 sectores del municipio, para fomentar hábitos de vida saludable a través de la actividad física y las actividades musicalizadas; dedicando una sesión o dos cada día de la semana según el cronograma acordado con el instituto de aeróbicos o rumba aeróbica presencial o virtual cuando la situación del país lo amerite (estado de emergencia) en cada sector de una (1) hora cada una (incluye sonido propio), teniendo en cuenta la necesidad que esta tenga de la prestación del servicio. 2. Realizar cada mes una maratón de aeróbicos y/o rumba aeróbica con la comunidad o del programa debidamente acordada con el Instituto. 3. Apoyar el programa de vías activas, recreativas y saludables con la comunidad. 4. Apoyar la realización del programa de pausas activas a través de actividades musicalizadas, debidamente programadas, una (1) por mes en el lugar	Descripción del Avance: El contratista cumplió con el desarrollo de las obligaciones específicas # 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9.

📍 Calle 19 No. 13-94

☎ Telefax: 604 448 4497

🌐 incerdeceja@une.net.co

✉ incerde@laceja-antioquia.gov.co

🌐 La Ceja del Tambo - Antioquia

🌐 www.incerde-laceja-antioquia.gov.co

previamente acordado con el coordinador o el Instituto. 5. Presentar el proyecto donde figuren los objetivos y la planeación requerida para el cumplimiento del objeto del contrato. PARÁGRAFO: Este proyecto se debe presentar a la Dirección administrativa a más tardar quince (15) días después de la firma del acta de inicio. 6. Diligenciar y mantener actualizado el formato de base de datos con la información de los usuarios de aeróbicos para cuando el Incerde lo requiera. 7. Acompañamiento en actividades complementarias o eventos institucionales del INCERDE desde su inicio hasta su terminación. 8. Realizar y producir dos (2) o tres (3) registros audiovisuales (fotografía o video) semanalmente, de las diferentes actividades realizadas, y enviarlo oportunamente al área de comunicaciones para su respectiva difusión. 9. Asistir puntualmente a las reuniones que programe el INCERDE. 10. Presentar informe final consolidado que dé cuenta del cumplimiento íntegro de la presentación del servicio contratado, en el mismo periodo de radicación de los respectivos documentos de la última cuenta de cobro, dicho documento será imprescindible para el trámite del último pago.

5.2. ACCIONES CORRECTIVAS TOMADAS PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO (Diligencie un bloque por cada problema identificado)

Nº	Problemas o hallazgos identificados que afectan la ejecución del Contrato	Causas	Acciones a implementar o implementadas para solucionar los problemas identificados
1	N/A		
¿Se harán efectivas Pólizas/Multas?		SI	NO
¿Por qué?			

Nota: A la fecha del informe, aún no se requiere hacerlas efectivas.

5.3. LIQUIDACIÓN					
1	Se liquida el contrato:	SI		NO	
2	Una vez revisados los documentos arriba señalados las partes acuerdan la liquidación del Contrato haciendo constar que el valor del Contrato para todos los efectos legales y fiscales fue de \$ _____. Más el valor de adición de \$ _____ (si la hubiere). El valor de la cuenta final por saldos pendientes es de \$ _____. En virtud del análisis efectuado al balance anterior, se concluye, que, exceptuando el saldo a favor del Contratista, las partes de común acuerdo se declaran a paz y salvo y se da por terminado el Contrato Nro. _____ renunciando a cualquier reclamación posterior.				
5.4. RECOMENDACIONES					
1	N/A				
6. ANEXOS					
1	Informe, documento soporte, planilla seguridad social, planillas de asistencia, declaración juramentada, validación seguridad social ante el Secop II.				

Se firma en el municipio de La Ceja, octubre de 2025

Nombre del Contratista:

Nombre del Supervisor

Diana P. Cuartas

DIANA PATRICIA CUARTAS TABARES

C.C. 39.443.097

Wilson G. Castro

WILSON GABRIEL CASTRO MORALES

Profesional Universitario CC. 15.381.581

Elaborado por: Wilson Castro M./ PU Incerde *W.C.*

Revisado Por: Alejandra M. Directora de deportes y recreación *Alejandra M.*

Aprobado Por: Alejandra M. Directora de deportes y recreación *Alejandra M.*

📍 Calle 19 No. 13-94

☎ Telefax: 604 448 4497

🌐 incerdeceja@une.net.co

✉ incerde@laceja-antioquia.gov.co

🌐 La Ceja del Tambo - Antioquia

🌐 www.incerde-laceja-antioquia.gov.co

DIANA PATRICIA CUARTAS TABARES
EL INFORME DE ACTIVIDADES Y SUS
ANEXOS DE SEPTIEMBRE DEL 2025 DEL
CONTRATISTA ANTERIORMENTE
MENCIONADO SE ENCUENTRAN DE
MANERA DIGITAL EN LA SIGUIENTE
ruta de acceso:

<https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticePhases/View?PPI=CO1.PPI.40464822&isFromPublicArea=True&isModal=False>

Elaborado por: Wilson Castro M./ PU Incerde *W.C.*

Revisado Por: Alejandra Martínez B. Directora de deportes y recreación *Alejandra*

Aprobado Por: Alejandra Martínez B. Directora de deportes y recreación *Alejandra*

LA CEJA DEL TAMBO

OCTUBRE DE 2025

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

N°3

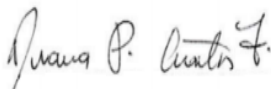
INSTITUTO CEJEÑO DE LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE – INCERDE

NIT: 811002944-9

DEBE A:

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA PATRICIA CUARTAS TABARES
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	39.443.097
DIRECCIÓN:	CALLE 23, 18-49
N° DE CONVENIO O CONTRATO:	2025PS090097
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO INSTRUCTOR DE AERÓBICOS Y RUMBA AERÓBICA EN EL INSTITUTO CEJEÑO DE LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE INCERDE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	\$11'000.000
VIGENCIA DEL CONTRATO:	01 JULIO AL 15 DE DICIEMBRE DE 2025
PERIODICIDAD DEL PAGO:	MENSUAL
PERIODO DE PAGO:	SEPTIEMBRE
DEPENDENCIA:	DIRECCIÓN DE DEPORTES Y RECREACIÓN
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WILSON GABRIEL CASTRO MORALES
VALOR DE LA CUENTA DE COBRO:	\$2'000.000
PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7983364955 CORRESPONDIENTE AL MES DE SEPTIEMBRE
BANCO:	COOPERATIVA CONFIAR
TIPO DE CUENTA:	CUENTA DE AHORROS
N° DE CUENTA BANCARIA:	227025749

Yo, el abajo firmante certifico bajo la gravedad de juramento, que de acuerdo a lo preceptuado en el artículo 499 del estatuto tributario, declaró voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que no soy responsable del impuesto sobre las ventas, y no estoy obligado a facturar electrónicamente, además, me comprometo a informar oportunamente al INCERDE, cualquier cambio que se presente frente a mis responsabilidades tributarias.



DIANA PATRICIA CUARTAS TABARES

C.C 39.443.0

INFORME DE ACTIVIDADES

INFORME N°	3
CONTRATO N°	2025PS090097
VIGENCIA DEL CONTRATO	01 DE JULIO AL 15 DE DICIEMBRE DE 2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DIANA PATRICIA CUARTAS TABARES
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	39.443.097
PERIODO DEL INFORME	SEPTIEMBRE
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO INSTRUCTOR DE AERÓBICOS Y RUMBA AERÓBICA EN EL INSTITUTO CEJEÑO DE LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE INCERDE
PROYECTO	AERÓBICOS
SUPERVISOR	WILSON GABRIEL CASTRO MORALES

ACTIVIDAD	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1. Realizar acciones necesarias para la convocatoria, promoción, difusión, planeación e instrucción de aeróbicos en 10 sectores del municipio, para fomentar hábitos de vida saludable a través de la actividad física y las actividades musicalizadas; dedicando una sesión o dos cada día de la semana, según el cronograma acordado con el instituto de aeróbicos o rumba aeróbica presencial o virtual cuando la	En el mes de septiembre se desarrolló el programa de actividad física a través de las sesiones de aeróbicos en los diferentes sectores y barrios, además de acoger un sector en la zona rural del municipio. La actividad física es importante porque fortalece el sistema cardiovascular, mejora la resistencia y la fuerza muscular, ayuda a regular el peso corporal y disminuye el riesgo de enfermedades crónicas, al mismo tiempo que contribuye a reducir el estrés y	

situación del país lo amerite (estado de emergencia) en cada sector de una (1) hora cada una (incluye sonido propio), teniendo en cuenta la necesidad que esta tenga de la prestación del servicio.	mejorar el estado de ánimo. El cronograma asignado por la institución fue el siguiente, del cual se especifican las fechas de las clases dictadas y la población que asistió	
	Lunes, Parque Lineal Samuel Bernal 7:00 pm. Se dictaron las sesiones presenciales los días 1, 8, 15, 22 y 29 de septiembre Población atendida: 70 usuarios	
	Martes, Unidad deportiva a las 7:00 am. Se dictaron las sesiones presenciales los días 2, 9, 16, 23 y 30 de septiembre. Población atendida: 93 usuarios	

Martes, Corregimiento de San José a las 5:00 pm

Se dictaron las sesiones presenciales los días 2, 9, 16, 23 y 30 de septiembre.

Población atendida: 4 personas



Martes, Unidad deportiva María Auxiliadora a las 7:00 pm.

Se dictaron las sesiones presenciales los días 2, 9, 16, 23 y 30 de septiembre

Población atendida: 74 usuarios



Miércoles, Barrio La Aldea a las 7:00 am

Se dictaron las sesiones presenciales los días 3, 10, 17 y 24 de septiembre.

Población atendida: 38 usuarios



Miércoles, Parque Principal a las 7:00 pm

Se dictaron las sesiones presenciales los días 3, 10, 17 y 24 de septiembre.

Población atendida: 71 usuarios



Jueves, Unidad deportiva María Auxiliadora a las 7:00 am.

Se dictaron las sesiones presenciales los días 4, 11, 18 y 25 de septiembre.

Población atendida: 37 usuarios



	Jueves, Sector San Cayetano a las 7:00 pm Se dictaron las sesiones presenciales los días 4, 11, 18 y 25 de septiembre. Población atendida: 62 usuarios	 A group of people, mostly women, are participating in a night aerobics session. They are standing on a paved area in front of a church with a prominent bell tower. The scene is illuminated by streetlights and the church's lights. A watermark "REDMI NOTE 14 PRO" is visible at the bottom left of the image.
	Viernes, Parque principal a las 7:00 am Se dictaron las sesiones presenciales los días 5, 12, 19 y 26 de septiembre. Población atendida: 56 usuarios	 A group of people are participating in a morning aerobics session in a park. They are standing on a paved area with trees in the background. A timestamp "12/09/2025 07:24" is visible at the bottom right of the image.
2. Realizar cada mes una maratón de aeróbicos y/o rumba aeróbica con la comunidad o del programa debidamente acordada con el Instituto.	En el mes de septiembre, se tiene la siguiente maratón	

	El día 17 de septiembre a las 630 pm, en el Parqueadero del C.C Viva La Ceja, se realizará Maratón de aeróbicos y rumba aeróbica en el marco del mes del amor y la amistad, en convenio con el gimnasio Smart Fil y el Incerde. 150 PERSONAS	
3. Apoyar el programa de vías activas, recreativas y saludables con la comunidad.	En el mes de septiembre no se requirió el apoyo al programa de vías activas, recreativas y saludables con la comunidad	N/A
4. Apoyar la realización del programa de pausas activas a través de actividades musicalizadas, debidamente programadas, una (1) por mes en el lugar previamente acordado con el coordinador o el Instituto.	En el mes de septiembre se apoyó la realización de pausas activas: Pausas activas en Casa Hogar Ángeles Custodios, se realizaron los días 4, 11, 18 y 25 de septiembre, en la cual se tuvo una participación de aproximadamente 40 niñas.	

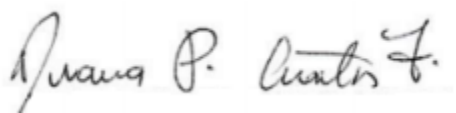
	El día 16 de septiembre se realizó pausa activa al Cultivo Vega Flor, donde se tuvo la participación de aproximadamente 20 personas.						
5. Presentar el proyecto donde figuren los objetivos y la planeación requerida para el cumplimiento del objeto del contrato. PARÁGRAFO: Este proyecto se debe presentar a la Dirección administrativa a más tardar quince (15) días después de la firma del acta de inicio.	El proyecto “FOMENTAR ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD A PARTIR DE AERÓBICOS Y RUMBA AERÓBICA 2025” fue presentado a la Dirección de deportes y recreación. El desarrollo del proyecto del año 2025, se ha venido dando de buena forma, con una asistencia importante de los usuarios del municipio lo cual indica una participación activa de la comunidad. Las sesiones aeróbicas dictadas promueven hábitos saludables en todos sus participantes, destacando la importancia de la actividad física.						
6. Diligenciar y mantener actualizado el formato de base de datos con la información de los	En el mes de SEPTIEMBRE se continuó alimentando la base de datos, la cual se tiene de la siguiente forma:	<table><tr><th>Cantidad de usuarios</th><th>Cantidad de usuarios inscritos en la base de datos a SEPTIEMBRE de 2025</th></tr><tr><td>505</td><td>505</td></tr></table>		Cantidad de usuarios	Cantidad de usuarios inscritos en la base de datos a SEPTIEMBRE de 2025	505	505
Cantidad de usuarios	Cantidad de usuarios inscritos en la base de datos a SEPTIEMBRE de 2025						
505	505						

usuarios aeróbicos para cuando el Incerde lo requiera.		
7. Acompañamiento en actividades complementarias o eventos institucionales del INCERDE desde su inicio hasta su terminación.	En el mes de septiembre se ha requerido el acompañamiento de las siguientes actividades complementarias	
	El día 07 de septiembre se brindó apoyo al grupo de niñas de Casa Hogar Ángeles Custodios en su presentación en el día de campo.	

8. Realizar y producir dos (2) o tres (3) registros audiovisuales (fotografía o video) semanalmente, de las diferentes actividades realizadas, y enviarlo oportunamente al área de comunicaciones para su respectiva difusión.	En el mes de septiembre se realizaron los registros audiovisuales solicitados y fueron compartidos al área de comunicación.	
9. Asistir puntualmente a las reuniones que programe el INCERDE.	En el mes de septiembre se han programado las siguientes reuniones.	

	Reunión el día 16 de septiembre en la cual se trató de asuntos varios con los profesores de actividad física.	
10. Presentar informe final consolidado que dé cuenta del cumplimiento íntegro de la presentación del servicio contratado, en el mismo periodo de radicación de los respectivos documentos de la última cuenta de cobro, dicho documento será imprescindible para el trámite del último pago.	El informe final se presentará con la última cuenta de cobro	NA

Elabora,



DIANA PATRICIA CUARTAS TABARES
C.C 39.443.097

DECLARACIÓN JURAMENTADA

La Ceja, OCTUBRE de 2025

Señores:

INSTITUTO CEJEÑO PARA RECREACIÓN Y EL DEPORTE INCERDE

La Ceja

Asunto: Declaración juramentada para disminuir la base gravable de la retención en la fuente a título de renta.

De manera atenta, y de acuerdo con lo establecido en el artículo 4, parágrafo 1 del decreto nacional 2271 de 2009, presenté solicitud para disminuir la base de retención en la fuente con los aportes que se realizó al sistema de seguridad social por el contrato N°2025PS090097 del 01 de julio de 2025

Para tal efecto de manera libre y espontánea certifico bajo la gravedad de juramento que:

- a) Los documentos soportes del pago de aportes obligatorios de seguridad social corresponden, a los ingresos provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención
- b) El valor a disminuir de base de retención en la fuente corresponde al periodo que origina el **pago de septiembre** de 2025.

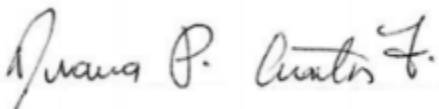
Los aportes realizados al sistema de seguridad social según **planilla N° 7983364955 que corresponde al mes de SEPTIEMBRE** respectivamente, la cual adjunto, corresponde a este contrato en la proporción que abajo relaciono.

- c) El monto para disminuir la base de la retención en la fuente por concepto de salud, pensión y ARL por este contrato es:

CONCEPTO	VALOR
Salud	\$ 178.000
Pensión	\$ 227.800
ARL	\$ 14.900
TOTAL	\$ 420.700

"De conformidad con el Parágrafo 4, del artículo 11 del Decreto Reglamentario 2231 de diciembre 22 de 2023, le solicito a mi Agente Retenedor, practicar la retención en la fuente contemplada en el Artículo 383 del Estatuto Tributario, ya que para efectos de la declaración de Renta del ejercicio 2024, en caso de tener dicha obligación, no tomaré los costos y gastos asociados a mi actividad económica, según lo previsto en el Artículo 1.2.4.1.6 de este Decreto 2231".

Nombres y apellidos



Diana Patricia Cuartas Tabares

CC: 39.443.097 de Rionegro, Ant.

PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL MES DE SEPTIEMBRE



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	29443097	NÚMERO PLANILLA:	7963364955	TIPO DE PLANILLA:	H-INDEPENDIENTES	PERÍODO COTIZACIÓN OTROS:	MES septiembre AÑO 2025	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2025	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1734732657	FECHA PAGO (aaaa/mm/ddd):	2025/09/29	FORMA DE PRESENTACIÓN:	APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):
DIRECCIÓN:	LA CEJA	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act												
TIPO APORTANTE:	CL 23 NUM 18 47	TELÉFONO:	5530707																
TIPO EMPRESA:	02-INDEPENDIENTE	PRIVADA	UNICO																

TOTAL APORTES A PENSIÓN										TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLOYADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	MORA	CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	APORTES	MORA
25-14	25-14 COLPENSACIONES	1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	25-14	25-14 COLPENSACIONES	1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 0
SUBTOTALES:										SUBTOTALES:									

TOTAL APORTES A PENSIÓN										TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	APORTES	MORA	CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	APORTES	MORA
25-14	25-14 COLPENSACIONES	1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 0	25-14	25-14 COLPENSACIONES	1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 0
SUBTOTALES:										SUBTOTALES:									

TOTAL APORTES A PENSIÓN										TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	APORTES	MORA	CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	APORTES	MORA
25-14	25-14 COLPENSACIONES	1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 0	25-14	25-14 COLPENSACIONES	1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 0
SUBTOTALES:										SUBTOTALES:									

TOTAL APORTES A PENSIÓN										TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA										ADMINISTRADORA									
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	APORTES	MORA	CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	APORTES	MORA
25-14	25-14 COLPENSACIONES	1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 0	25-14	25-14 COLPENSACIONES	1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 0
SUBTOTALES:										SUBTOTALES:									

TOTAL PAGADO: \$ 420.700

VALIDACIÓN PLANILLA S.S SECOP II MES DE SEPTIEMBRE

[Anexar](#)

Planilla	Tipo Cotizante	Subtipo	Fecha de pago	Período	IBC	Salud	Pensión	Riesgos	Fondo Solidaridad	Fondo subsistencia	Estado
☐ 7983364955	59- Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	No aplica	2025-08-29	2025-09	1,423,500	178,000	227,800	14,900	0	0	Consulta exitosa

[Agregar](#)[Borrar](#)

Planillas de seguridad social

Cordial saludo,

Esperamos se encuentren muy bien y les deseamos el mejor de los días

A continuación se encontrará un breve formulario en el cual deberá de suministrar toda la información pertinente para la verificación de la planilla de seguridad social.

Muchas gracias

coordinadorsocialcomunitario@incerde-laceja-
antioquia.gov.co [Cambiar de cuenta](#)



Borrador guardado

El nombre, el correo y la foto asociados a tu cuenta de Google se registrarán cuando subas archivos y envíes este formulario

Los archivos que se suban se compartirán fuera de la organización a la que pertenecen.

*** Indica que la pregunta es obligatoria**

Acá deberá de subir su planilla (PDF) *

Sube 1 archivo compatible: PDF. Tamaño máximo: 10 MB.

 SoporteDePago.... ✕

Nombre completo *

DIANA PATRICIA CUARTAS TABARES

Fecha de diligenciamiento del formulario *

10/09/2025

Número de identificación (C.C) *

39443097

Número del Contrato *

2025PS090097|

Nombre del supervisor *

WILSON GABRIEL CASTRO MORALES



EPS



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **DIANA PATRICIA CUARTAS TABARES** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **39443097** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 39443097
NOMBRES Y APELLIDOS	DIANA PATRICIA CUARTAS TABARES
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/11/2018
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	356
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	52
EMPLEADOR(ES)	CC 39443097 DIANA CUARTAS DESDE 01/11/2018

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 18/09/2025

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**