| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Salud | PROCESO | GESTIÓN FINANCIERA | Código | GFIF03 |
| | FORMATO | CERTIFICACIÓN PAGO PARCIAL | Versión | 02 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| (1) Contrato No. | 1703 | de | 2025 | |
| (2) Nombre del contratista y/o representante legal: | | | MAYRA MERCEDES ALBA GARCÍA | |
| (3) Dirección: | Carrera 69 24-10 | | (4) Teléfono: | 2055 |
| (5) Cédula y/o NIT: | 27591239 | | (6) Correo electrónico: | malbag@minsalud.gov.co |
| (7) Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es): | | | LUZ ELENA OCHOA TORRES | |
| (8) Dependencia: | OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y ESTUDIOS SECTORIALES | | (9) No. Extensión o teléfono: | 2050 |
| (10) Objeto: | Prestar servicios profesionales al Ministerio de Salud y Protección Social en la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales para la implementación y fortalecimiento de la administración de riesgos institucionales, el Sistema de Control Interno, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG y el Sistema Integrado de Gestión- SIG según los procesos, procedimientos y/o temáticas asignadas; así mismo apoyar metodológicamente en la formulación y monitoreo del programa de transparencia y ética pública | | | |
| (11) Plazo de ejecución: | 166 dias | | | |
| (12) Fecha de inicio: | 15 de julio de 2025 | | (13) Fecha terminación: | 30 de diciembre de 2025 |
| (14) Valor inicial del contrato: $ | | | $ 47.033.334 | |
| (15) Valor pagos (mensual o como se haya pactado): $ | | | $ 8.500.000 | |
| (16) Valor desplazamientos: $ | | | $ 0 | |
| (17) Adición ($): | $ 0 | | | |
| (18) Prórroga (tiempo) | No aplica | | | |
| (19) Suspensión | No aplica | | | |
| (20) Cesión: | No aplica | | | |
| (21) Concepto del pago: | Pago No. 04 del 01 de octubre al 30 de octubre de 2025 | | | |

**Aspecto económico**

| (22) Valor total contrato (inicial+adición) (vigencia) $ | (23) Valor pagado (vigencia) $ | (24) Valor a pagar (vigencia) $ | (25) Saldo liberado (vigencia) $ | (26) Saldo por pagar (vigencia) $ |
|---|---|---|---|---|
| **VIGENCIA 2025** | | | | |
| $ 47.033.334 | $ 21.533.333 | $ 8.500.000 | $ 0,00 | $ 17.000.001 |
| **VIGENCIA 20XX** | | | | |
| | | | | |
| **CESIÓN** | | | | |
| | | | | |
| **TOTAL** | | | | |
| $ 47.033.334 | $ 21.533.333 | $ 8.500.000 | $ 0,00 | $ 17.000.001 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Salud | **PROCESO** | **GESTIÓN FINANCIERA** | **Código** | **GFIF03** |
| | **FORMATO** | **CERTIFICACIÓN PAGO PARCIAL** | **Versión** | **02** |

**Pago aportes salud - pensiones - parafiscales**

| | | | |
|---|---|---|---|
| (27) Salud valor aporte: $ | $ 425.000 | (28) Pensión valor aporte: | $ 544.000 |
| (29) ARL: $ | $ 17.800 | | |
| (30) Planilla de pago No. | 7988724615 | (31) Fecha: | 31/10/2025 |
| (32) Certificación parafiscales de fecha: | No aplica | | |

(33) **Concepto supervisor (es) y/o interventor (es)**

El/la contratista, MAYRA MERCEDES ALBA GARCÍA, cumplió con las obligaciones contraídas en el contrato No. 1703 de 2025, presentando el respectivo informe de actividades desarrolladas, productos y demás obligaciones pactadas en el contrato y en el período señalado en el concepto del pago, correspondiente al contrato principal.

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).

El contratista cumplió con el requisito establecido en el numeral siete (7) de la circular interna N° 25, del 22 de julio del 2013, remitiendo copia del examen preocupacional a la Subdirección de Gestión del Talento Humano del Ministerio ☐ SI ☐ NO

Por lo anterior, se debe pagar a el/la contratista la suma de $ $ 8.500.000

( 34) **Observaciones:** **NA**

(35) **Firma responsables:**

Luz Elena Ochoa Torres

Firmado digitalmente por Luz Elena Ochoa Torres

**LUZ ELENA OCHOA TORRES**
Supervisor

(36) Fecha: 04 de noviembre de 2025 Bogotá D. C.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Salud | PROCESO | GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | Código: | GCOF48 |
| | FORMATO | INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN – CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN<br>Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción | Versión: | 01 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato No.** | 1703 de 2025 | | |
| **Nombre del Contratista y/o Representante Legal** | MAYRA MERCEDES ALBA GARCÍA | | |
| **Nombre del supervisor y/o interventor** | LUZ ELENA OCHOA TORRES | **Teléfono / Extensión** | 2050 |
| **Dependencia** | Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales | | |
| **Objeto del contrato** | Prestar servicios profesionales al Ministerio de Salud y Protección Social en la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales para la implementación y fortalecimiento de la administración de riesgos institucionales, el Sistema de Control Interno, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG y el Sistema Integrado de Gestión- SIG según los procesos, procedimientos y/o temáticas asignadas; así mismo apoyar metodológicamente en la formulación y monitoreo del programa de transparencia y ética pública | | |
| **Fecha de inicio** | martes, 15 de julio de 2025 | **Fecha de terminación** | martes, 30 de diciembre de 2025 |
| **Período objeto del informe:** | 01 de octubre de 2025 - 30 de octubre de 2025 | | |

## INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN

**OBLIGACIONES GENERALES**

Certifico que he dado cumplimiento a todas las obligaciones generales pactadas durante el periodo de reporte del informe.

**OBLIGACIONES ESPECÍFICAS**

| | Obligación contractual | Actividad desarrollada | Producto recibido | Observaciones o comentarios del Supervisor |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Orientar y acompañar a los procesos del Sistema Integrado de Gestión y las dependencias que corresponda, en la implementación, seguimiento y mejora de la metodología de Administración Integral de Riesgos Institucionales, que incluya la actualización e implementación de lineamientos metodológicos, entrenamiento y socialización en la materia, monitoreo, informes y reportes que sean requeridos. | Se brindó asesoría metodológica en el marco del proceso de revisión y actualización de los riesgos de las dependencias de acuerdo con la necesidad atendiendo las observaciones generadas a partir del seguimiento de los riesgos durante la vigencia 2025 por la Oficina de Control Interno.<br><br>Se realizó monitoreo al nivel de cumplimiento de los 97 riesgos de tipología gestión, corrupción y fiscales y se remitió alertas personalizadas por | Acompañamiento y asesoría Riesgos de Gestión Grupo Sostenibilidad Financiera<br><br>Asesoría metodológica - Riesgos procesos Ciclo de Vida e Integración de Datos<br><br>Asesoría reporte de riesgos Oficina de Calidad<br><br>Asesoría metodológica riesgos Gestión Jurídica OM-305<br><br>Solicitud urgente de reporte de monitoreo – III trimestre 2025 - dirección de medicamentos | El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | medio de correos electrónicos a los procesos que presentaron incumplimientos, así mismo, se hizo solicitud de los ajustes de riesgos al grupo de planeación de la OAPES y al proceso de financiamiento Sectorial | Solicitud urgente de reporte de monitoreo – III trimestre 2025- Dirección de prestación de servicios en salud<br><br>Solicitud urgente de reporte de monitoreo – III trimestre 2025- Oficina de Emergencias<br><br>Solicitud urgente de reporte de monitoreo – III trimestre 2025- política Pública<br><br>Solicitud urgente de reporte de monitoreo riesgos – III trimestre 2025- dirección PyP<br><br>Solicitud actualización del riesgo de gestión - grupo de planeación OAPES<br><br>Solicitud fichas de riesgos actualizadas - financiamiento | |
| | | | Se realizó informe de gestión de riesgos, correspondiente al tercer trimestre de 2025, así mismo, se realizó solicitud de publicación en la intranet | INFORME GESTIÓN DE RIESGOS III TRIMESTRE DE 2025 https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Documentos_2025/Informe_administracion_de_riesgos_2025-3.pdf<br><br>SOLICITUD PUBLICACIÓN INFORME GESTIÓN DE RIESGOS - III TRIMESTRE DE 2025 | |
| | | | Se realizó reporte de información en marco de la metodología de riesgos, en atención a las solicitudes realizadas por la Oficina de Control Interno | INFORMACIÓN GESTIÓN DE TIPOLOGÍA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN OCI<br><br>SOLIICTUD DE INFORMACION OCI | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Se realizó reporte de información con relación de la gestión en marco de la metodología de riesgos de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales<br><br>Se participó en la sesión de trabajo del módulo analítico, así mismo, se solicitó información de atributos personalizados a soporte | Reporte de Información Subcomité OAPES - Gestión de riesgos<br><br>Sesión modulo analítico - MiGestión | |
| 2 | Apoyar y acompañar al Ministerio de Salud y Protección Social, en la formulación, actualización y socialización del programa de transparencia y ética pública, así como en su monitoreo y generación de reportes e informes relacionados | Se realizó cargue de 172 actividades contempladas en el componente Programático del Programa de Transparencia y Ética Pública, en modulo de planes en el aplicativo MiGestion, realizando la documentación por series y subseries de acuerdo con los pilares y estrategias que contempla el PTEP.<br><br>Se realizó jornada de divulgación en marco de las generalidades del Programa de Transparencia y Ética Pública, así mismo la orientación de reporte de seguimiento de las actividades en el aplicativo MiGestion, así mismo se remitió por correo electrónico relación de actividades, responsables, periodo de ejecución y la presentación con la orientación paso a paso para el reporte<br><br>Se realizó acompañamiento y asesoría en los reportes de seguimiento de las actividades | PROGRAMA_DE_TRANSPARENCIA_Y__TICA_P_BLICA_2025<br><br>https://migestion.minsalud.gov.co/suiteve/pln/taskcreport?soa=13&mdl=pln&_sveVrs=10052202508 29&&clazz=1129&mis=pln-B-2147483648<br><br>Invitación orientaciones para el reporte en el Aplicativo MiGestión - componente programático<br><br>SOCIALIZACIÓN PTEP - REPORTE DE SEGUIMIENTO15102025<br><br>Listado de asistencia<br><br>Envío de presentación y relación de actividades – reporte de seguimiento PTEP 2025.<br><br>Acompañamiento reporte PTEP - tarifas y costos | El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | contempladas en el componente programático de acuerdo a la necesidad de las dependencias | Acompañamiento reporte PTEP – GPS<br>Acompañamiento reporte PTEP - tarifas y costos<br>Acompañamiento reporte PTEP- aseguramiento y riesgos laborales<br>Acompañamiento reporte PTEP<br>reunión OCI- Programa de Transparencia y Ética Pública<br>Cargue de Evidencias componente programático PTEP en el SIG GREC<br><br>Acompañamiento revisión y reporte de actividades PTEP | |
| | | | Se realizaron ajustes de la asignación de responsables de reporte de seguimiento de las actividades en marco del Programa de Transparencia y Ética Pública en el aplicativo MiGestión | Atención ajustes responsables PTEP – GREC<br><br>Cargue de Evidencias componente programático PTEP GREC | |
| | | | Se participó en la organización y desarrollo del encuentro de entidades adscritas “Conversando conectando experiencias, Gestión del Conocimiento, transparencia y lucha contra la corrupción. Relacionado con el programa de Transparencia y ética Pública | CONVERSATORIO CONECTANDO EXPERIENCIAS GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN | |
| | | | Se realizó acompañamiento y orientación a la Oficina de Control Interno, sobre el Programa de Transparencia y ética Pública, con la finalidad de dar inicio al seguimiento. | Reunión orientaciones seguimiento PTEP - OCI | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3 | Contribuir en el desarrollo de actividades requeridas para la articulación y fortalecimiento del Sistema de Gestión de Control interno, con el Sistema Integrado de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. | En el periodo no se realizaron actividades relacionadas con la obligación | No aplica | No aplica |
| 4 | Aportar a la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales–Grupo de Desarrollo Organizacional, en las actividades requeridas para el fortalecimiento de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), especialmente Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la corrupción y Control Interno, así como en la(s) entidad(es) adscrita(s) asignada(s) según sea requerido | Se realizó seguimiento a las actividades contempladas en el plan de fortalecimiento de la política de Control Interno, correspondiente al tercer trimestre de 2025, así mismo reporte de actividades a cargo<br><br>Se realizó seguimiento a las actividades contempladas en el plan de fortalecimiento de la política de Transparencia y lucha contra la corrupción, correspondiente al tercer trimestre de 2025, así mismo reporte de actividades a cargo<br><br>Se participó en la reunión realizada para el seguimiento de ejecución de los planes de fortalecimiento<br><br>Se realizó reporte de actividades en el modulo de planes de las actividades bajo mi responsabilidad en el marco de la ejecución del *PLAN GENERAL DE ACTIVIDADES SISTEMA INTEGRADO DE GESTION - GRUPO DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL - 2025*<br><br>Se realizó reporte de las actividades a cargo contempladas en la estrategia de participación ciudadana | Reporte de seguimiento plan de fortalecimiento política de control interno<br><br>Reporte de seguimiento plan de fortalecimiento política de Transparencia y lucha contra la corrupción<br><br>sesión -Revisión y Reporte Planes de Fortalecimiento MIPG<br><br>reporte de ejecución de actividades SIG- MIPG<br><br>Reporte Estrategia de Participación Tercer Trimestre | El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral |
| 5 | Orientar y acompañar a los procesos asignados que hacen parte del Sistema Integrado de Gestión, frente a las metodologías relacionadas con: a) Elaboración | Se realizó asesoría y acompañamiento en los reportes de metodologías en el marco del SIG, así mismo, revisión de documentos y alistamiento de la auditoría externa del proceso de | Acompañamiento y asesoría ajuste de procedimiento PPSS | El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | y Control de Documentos; b) Administración Integral de Riesgos Institucionales c) Seguimiento y Medición de Procesos; d) Oferta Institucional incluido el Control de productos, servicios y salidas conformes y no conformes) e) Planes de mejora; f) Gestión de cambio y g) Diseño y mejora de procesos | Gestión de Protección Social y el proceso de Transversalización de Enfoque Diferencial<br><br>Así mismo, se realizó acompañamiento en validación de registros de identificación de grupos de valor y partes interesadas, formulación de planes de mejoramiento y revisión, ajuste de indicadores de gestión | Acompañamiento formulación de Plan de Mejoran Participación Social en Salud<br><br>Acompañamiento reporte de plan de mejoramiento TED<br><br>Acompañamiento reporte TED 2025<br><br>Acompañamiento reportes de metodologías III trimestre 2025- aseguramiento y riesgos laborales<br><br>acompañamiento reportes TED (indicadores, riesgos, planes de mejora)<br><br>Acompañamiento y asesoría ajuste de procedimiento PPSS<br><br>Mesa de trabajo- revisión procedimiento transferencias MSPS<br><br>Reporte Matriz ASIF59 Grupos de Valor-Oficina de Promoción Social<br><br>Reunión Alistamiento auditoría externa 2025- Dirección de aseguramiento riesgos laborales<br><br>SESIÓN DE TRABAJO REVISIÓN DE DOCUMENTOS ANÁLISIS DE CAUSAS NC - AUDITORÍA SIG 2025<br><br>Solicitud revisión variables indicador | relacionados en este numeral |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Solicitud Urgente - actualización directrices transferencias TED<br><br>Solicitud urgente de actualización del procedimiento de Participación Social en Salud<br><br>Solicitud urgente de gestión de planes de mejoramiento – Auditoría Interna SIG 2025<br><br>Validación metodológica y Observaciones al documento de procedimiento – Política de Participación Social en Salud<br><br>Validación metodológica indicador asistencias técnicas TED | | |
| 6 | Participar en la preparación y desarrollo de las auditorías externas de los sistemas de gestión del ministerio, teniendo en cuenta los procesos, áreas y metodologías asignadas, así como apoyar la formulación de los planes resultado de dichas auditorias y demás lineamientos que al respecto suministre la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales. | Se participó en el desarrollo de las auditorías externas del SIG - en marco de la metodología de administración de riesgos, así mismo, se acompañó a la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones<br><br>Así mismo, se realizó sesiones de alistamiento | Alistamiento auditoría externa - GPS- Aseguramiento<br><br>Asistencia Auditoría Externa OCT 29 2025-Cierre SGC<br><br>Asistencia Auditoría Externa OCT 29 2025-Direccion Aseguramiento<br><br>Alistamiento auditoría externa TED | El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral | |
| 7 | Las demás que están directamente relacionadas con el objeto del contrato. | Se participó en actividades de socialización en marco del plan de entrenamiento SIG- MIPG | Capacitación Revisión abordaje Metodología mejora de procesos-Proceso Políticas Públicas<br><br>Capacitación uso de herramienta MiGestion | El contratista desarrolló y cumplió con las obligaciones y productos relacionados en este numeral | No apli |

**OBLIGACIONES FRENTE AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Salud | PROCESO | GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | Código: | GCOF48 |
| | FORMATO | INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN – CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN<br>Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción | Versión: | 01 |

Certifico que dí cumplimiento a las obligaciones frente al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo descritas en el estudio previo durante el periodo del informe

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.

Firmado digitalmente por Mayra Mercedes Alba Garcia

*Espacio para la firma del Contratista*

MAYRA MERCEDES ALBA GARCÍA

**Fecha:** 04/11/2025

## INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el supervisor certifica que:

1. 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 (anteriormente presentadas). SI ☒ NO☐

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. El contratista aportó la certificación de examen pre-ocupacional como adjunto a los documentos correspondientes al primer pago del Contrato, en cumplimiento de lo previsto del artículo 2.2.4.2.2.18 del Decreto 1072 de 2015.
   SI ☒ NO☐

4. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por La contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención. SI ☒ NO☐

5. A la fecha SI ☐ NO☒ existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

6. Durante el periodo del presente informe realicé el respectivo monitoreo a los riesgos.

| **OBSERVACIONES** | **NA** |
|---|---|

**En constancia, firmo:**

Firmado digitalmente por Luz Elena Ochoa Torres

*Espacio para la firma del Supervisor y/o interventor*

LUZ ELENA OCHOA TORRES

Supervisor /Interventor

**Lugar y Fecha: Bogotá, D. C.,** lunes, 04 de noviembre de 2025

# CUENTA DE COBRO

## MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

## NIT 900.474.727-4

# DEBE A:

| | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | MAYRA MERCEDES ALBA GARCÍA |
| **IDENTIFICACIÓN:** | **CC** X **NIT** **No** 27591239 **DV** 0 |
| **LA SUMA DE:** | $ 8.500.000 |
| **POR CONCEPTO DE:** | PAGO PERSONA NATURAL |
| **CONTRATO No:** | 1703 de 2025 |
| **DESEMBOLSO No:** | 4 |
| **OBJETO:** | Prestar servicios profesionales al Ministerio de Salud y Protección Social en la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales para la implementación y fortalecimiento de la administración de riesgos institucionales, el Sistema de Control Interno, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG y el Sistema Integrado de Gestión- SIG según los procesos, procedimientos y/o temáticas asignadas; así mismo apoyar metodológicamente en la formulación y monitoreo del programa de transparencia y ética pública |
| **PERIODO COMPRENDIDO ENTRE:** | 01 de octubre de 2025 a 30 de octubre de 2025 |
| **DIRECCIÓN:** | Carrera 69 N°24 |
| **CIUDAD:** | BOGOTÁ, D.C. |
| **TELÉFONO**: | Ext 2055 |

Mayra M. Alba García

Firmado digitalmente por Mayra Mercedes Alba Garcia

En constancia firmo:

**MAYRA MERCEDES ALBA GARCÍA**

Lugar y Fecha: Bogotá D.C. 04 de noviembre de 2025

| | PROCESO | GESTIÓN FINANCIERA | Código | GFIF02 |
|---|---|---|---|---|
| Salud | FORMATO | DECLARACIÓN JURAMENTADA<br>DEPURACIÓN DE BASE DE CÁLCULO DE RETENCIÓN | Versión | 07 |

**Bogotá D.C.,**

**Señores**
**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**
**Ciudad**

Yo MAYRA MERCEDES ALBA GARCÍA identificado(a) con cedula de ciudadanía 27,591,239 de Cúcuta Contrato de Prestación de Servicios No: 1703 de 2025

De acuerdo a lo establecido en el Estatuto Tributario, Ley 2277 del 13 de diciembre de 2022 Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 1625 del 11 de octubre de 2016 y sus modificaciones, Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, **bajo la gravedad de juramento certifico que**:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Soy declarante del impuesto de renta en los términos definidos por la normatividad vigente | **SI** | x | **NO** | | |
| 2. | Soy responsable del impuesto a las ventas - IVA | **SI** | | **NO** | x | |
| 3. | En el año anterior o en el año en curso he obtenido ingresos brutos totales provenientes de la actividad, inferiores a 3.500 UVT. | **SI** | x | **NO** | | |
| 4. | Tengo otros contratos suscritos con el Estado que superan las 4.000 UVT<br>***(Si la suma de estos contratos es igual o superior a 4.000 UVT es responsable de IVA)*** | **SI** | | **NO** | x | |
| 5. | Pertenezco al régimen de tributación simple - **RTS** según lo estipulado en el RUT<br>***( Marque "SI" solo si en el RUT tiene la responsabilidad 47)*** | **SI** | | **NO** | x | |
| 6. | Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, manifiesto que durante la vigencia aplicaré costos y deducciones correspondientes a los ingresos provenientes del contrato suscrito con el Ministerio de Salud y Protección Social.<br>***(Si marca "SI" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el articulo 392 del E.T. según el caso, si marca "NO" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el articulo 383 del E.T)*** | **SI** | | **NO** | x | |

7. De manera libre y espontanea manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica :

| NOMBRE | EDAD | PARENTESCO | DOCUMENTO |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

***(Adjuntar según el caso: registro civil, certificado contador público, certificado de antecedentes disciplinarios, certificados de pago de estudios por semestre, certificado médico etc). Nota: El certificado de antecedentes disciplinarios en ningún caso podrá ser mayor a 90 días.***

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8. | Realicé el pago de intereses por préstamo de vivienda<br>***(Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)*** | **SI** | | **NO** | x | |

Para fines del beneficio tributario del valor del deducible por el concepto antes señalado, según lo dispone el Decreto Reglamentario 3750 de 1986, Artículo 8º, DUR 1625 de 2016 Art 1.2.4.1. 6 solicito que la deducción prevista sea del siguiente porcentaje: _____ **%.**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9. | Realizo ahorros en cuentas AFC (Ahorro para el fomento de la construcción)<br>***( Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria).*** | **SI** | | **NO** | x | |
| 10. | Realizo aportes voluntarios a Fondos de Pensiones (Diferentes a los obligatorios)<br>***(Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria)*** | **SI** | | **NO** | x | |
| 11. | Realicé el pago de planes de medicina prepagada y/o pólizas de salud<br>***(Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)*** | **SI** | | **NO** | x | |
| 12. | Soy Pensionado<br>***(Adjuntar Resolución o certificación de pensionado)*** | **SI** | | **NO** | x | |
| 13. | Solicité la devolución de aportes al fondo de pensiones<br>***(Adjuntar soporte de devolución )*** | **SI** | | **NO** | x | |
| 14. | **PAGO MES ACTUAL DE SEGURIDAD SOCIAL:** He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social, en debida forma, correspondiente a los ingresos relacionados con la **presente** cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 108 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.16 del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, según consta en el soporte adjunto. | **SI** | x | **NO** | | |
| 15. | **PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL:** He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con los ingresos recibidos del mes anterior (Pago mes vencido de Seguridad Social, No aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta). | **SI** | | **NO** | x | |

16. 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.

17. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a categoría tributaria.

Para constancia se expide y se firma a los ( 04 ) días del mes de octubre de 2025_

Mayra M. Alba García

Firmado digitalmente por Mayra Mercedes Alba Garcia

**Firma Electrónica**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Scotiabank COLPATRIA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 27591239 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MAYRA MERCEDES ALBA GARCIA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 69B N° 24-10 APTO 101 | TELÉFONO: | 1234567 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 01 - INDEPENDIENTE |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7988724615** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | octubre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | octubre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2025 | SALUD: | AÑO: | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/10/31 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1891910164 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 544.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 544.000** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002514406 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 425.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 425.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 17.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 17.800** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 986.800** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 986.800** |

Planilla Pagada