

INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN

Código:	GCO-FT-020	Versión:	002
---------	------------	----------	-----

NOMBRE Y APELLIDOS:	JOHANNA MARCELA RAMOS MARTÍNEZ	C.C	1015412526
---------------------	--------------------------------	-----	------------

N° CONTRATO	510-2025	VIGENCIA	2025	FECHA DE INICIO	16/07/25	FECHA TERMINACIÓN	19/12/25
-------------	----------	----------	------	-----------------	----------	-------------------	----------

OBJETO:	Prestar servicios profesionales para brindar apoyo técnico y metodológico en la formulación participativa de la política pública integral orientada a la atención, prevención, búsqueda e identificación de personas dadas por desaparecidas.
---------	---

NÚMERO DE PAGO:	5
-----------------	---

SUPERVISOR	CARGO
------------	-------

Andrea del Pilar Acero Alvarez	Jefe de Oficina Asesora de Unidad Especial
--------------------------------	--

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES Y ACTIVIDADES DURANTE EL PERIODO RESPECTIVO

RELACIÓN DE LAS OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES ESPECÍFICAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO		DETALLE DE LAS ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS DESARROLLADAS DURANTE EL RESPECTIVO PERIODO, RESPECTO A CADA UNA DE LAS OBLIGACIONES	ADJ
1	1. Liderar la implementación y seguimiento de la hoja de ruta metodológica y cronológica para la formulación participativa de la política pública integral para la atención, prevención, búsqueda e identificación.	Para el mes de Noviembre de 2025 se ejecutan las actividades contenidas en la Hoja de Ruta- PAI/UBPD para la Política Pública Integral, a fin de dar cumplimiento con la Fase 3. Consolidación del diagnóstico y formulación de la política pública integral y la Fase 4. Validación social e institucional de la política pública integral, así: Actividad 1. Ejecución de (5) Encuentros Territoriales realizados los días 4 de Noviembre (Villavicencio), 08 de Noviembre (Popayán), 19 de noviembre (Valledupar), 21 de noviembre (Florenia) y 24 de noviembre (Cali). Actividad 2. Soporte técnico y metodológico en la segunda sesión de depuración de alternativas de alternativas de solución con las Secretarías Técnicas de los Comités del SNB llevada a cabo el día 18 de noviembre de 2025 en el piso 28 de la UBPD donde se abordaron los productos de los componentes de Atención y Búsqueda, incluyendo la preparación de los insumos correspondientes. Actividad 3. Diseño del instrumento de sistematización del Momento 3- PPI de los Encuentros Territoriales realizados en los meses de octubre y noviembre.	
2	2. Apoyar el diseño de los instrumentos metodológicos requeridos para la formulación y validación de la política pública integral para la atención, prevención, búsqueda e identificación.	Actividad 1. Diseño del instrumento de sistematización del Momento 3- validación y retroalimentación de alternativas de solución de la PPI ejecutado en los encuentros territoriales durante los meses de octubre y noviembre.	Si
3	3. Apoyar la consolidación del diagnóstico técnico y normativo, antecedentes y justificación de la política pública integral para la atención, prevención, búsqueda e identificación.	Actividad 1. Consolidación del Documento de Diagnóstico de la PPI y anexos en versión definitiva para publicación en la página Web del SNB.	Si
4	4. Apoyar la elaboración de las líneas estratégicas y componentes de la política pública integral para la atención, prevención, búsqueda e identificación.	Para el mes de noviembre de 2025 no se asignan actividades relacionadas con esta obligación contractual.	
5	5. Apoyar la construcción y concertación del plan de implementación, productos, metas e indicadores de la política pública integral para la atención, prevención, búsqueda e identificación.	Actividad 1. Diseño de la agenda y metodología de la sesión de trabajo con Comités Técnicos del SNB para la segunda sesión de depuración de alternativas de solución de la PPI, que se desarrolló el día 18 de noviembre de 2025.	Si
6	6. Apoyar en la construcción, implementación y sistematización de los espacios participativos de la validación y socialización de la política pública integral para la atención, prevención, búsqueda e identificación.	Actividad 1. Ejecución de (5) Encuentros Territoriales realizados los días 4 de Noviembre (Villavicencio), 08 de Noviembre (Popayán), 19 de noviembre (Valledupar), 21 de noviembre (Florenia) y 24 de noviembre (Cali), con sus respectivos insumos (presentaciones e infografías) (Soportes disponibles para consulta en https://drive.google.com/drive/u/0/folders/17BvMf4RJE6t2h-pk8-kFHOQ_FkKAX6C_)	

INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN

Código:		GCO-FT-020	Versión:	002
7	7. Apoyar y documentar las acciones de relacionamiento, articulación e incidencia en las instancias del Sistema Nacional de Búsqueda para la concertación y adopción de la política pública integral para la atención, prevención, búsqueda e identificación.	Actividad 1. Realización del acta del Encuentro territorial realizado en Medellín el día 27 de octubre de 2025, por solicitud del GITT para ser compartida con las organizaciones de la sociedad civil asistentes al evento.	Si	
8	8. Apoyar la incorporación de los enfoques diferenciales, de género y étnico en la construcción de la política pública integral para la atención, prevención, búsqueda e identificación, al interior de la UBDP.	Para el mes de noviembre de 2025 no se asignan actividades relacionadas con esta obligación contractual.		
9	9. Liderar la consolidación del documento final de política pública integral para la atención, prevención, búsqueda e identificación y sus respectivos anexos.	Para el mes de noviembre de 2025 no se asignan actividades relacionadas con esta obligación contractual, toda vez que según la Hoja de Ruta de Formulación de la PPI.		
10	10. Realizar el seguimiento, monitoreo y análisis del avance de los compromisos institucionales de la UBDP en materia de formulación de la política pública integral, conforme a los lineamientos establecidos por la Oficina Asesora de Planeación y en el marco del sistema integral de seguimiento y monitoreo a la planeación institucional de la UBDP.	Actividad 1. Reporte cuantitativo y cualitativo de la ficha de indicador L3-023 Política Pública Integral y fichas de reporte de indicadores de Comité Directivo. (Documento enviado el 14 de noviembre de 2025)	Si	
11	11. Apoyar la elaboración de actas y ayudas de memoria que sirvan de insumo para la formulación de la política pública integral para la atención, prevención, búsqueda e identificación.	Para el mes de noviembre de 2025 no se asignan actividades relacionadas con esta obligación contractual.		
12	12. Guardar completa confidencialidad y reserva sobre la información a la que tenga acceso en el desarrollo de sus actividades contractuales	La información relacionada con los productos y actividades del proceso de formulación de la política pública integral se mantienen en estricta confidencialidad y reserva de acuerdo a las directrices de la Entidad.		
13	13. Mantener debidamente organizada y custodiada la información que se recolecte en virtud del objeto contractual.	Se pone a disposición de la supervisora del contrato un drive que organiza los productos entregables en el marco de las obligaciones contractuales cuyo link de acceso es https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1A1Vw_Fy_duqn5tS6YJM-ch6OxFMjux3r		
14	14. Las demás actividades asignadas para el diligente cumplimiento de su contrato.	Para el mes en curso no se asignan otras actividades para el cumplimiento del contrato.		
PRODUCTOS Y OTROS ANEXOS				
Seguridad Social - Planilla		PLANILLA NOVIEMBRE 2025		
Observaciones o información adicional				



Firma del Contratista

Certificación del supervisor

Con la suscripción del presente informe, el supervisor del Contrato de prestación de Servicios arriba relacionado, certifica el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el recibido a satisfacción de las actividades descritas.

Firma del Supervisor(es)

Andrea del Pilar Acero Alvarez



INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN

	Código:	GCO-FT-020	Versión:	002
USUARIO Y FECHA				

Estado	Enviado, revisado, aprobado por	Usuario / Fecha y hora	Observaciones
En digitación	Johanna Marcela Ramos Martinez	Martes, 2 de Diciembre del 2025	
Enviado a supervisor	Johanna Marcela Ramos Martinez	Martes, 2 de Diciembre del 2025	
Aprobado supervisor	Andrea del Pilar Acero Alvarez	Miercoles, 3 de Diciembre del 2025	Por favor continuar trámite
Pendiente subir a SECOP por contratista	Andrea del Pilar Acero Alvarez	Miercoles, 3 de Diciembre del 2025	Por favor continuar trámite
Pendiente subir a SECOP por contratista	Andrea del Pilar Acero Alvarez	Miercoles, 3 de Diciembre del 2025	Por favor continuar trámite

CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

Código:	GFI-FT-006	Versión:	006
---------	------------	----------	-----

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	
NOMBRES Y APELLIDOS	JOHANNA MARCELA RAMOS MARTÍNEZ
Cédula de ciudadanía	1015412526
CIUDAD(ES) DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ, D.C.

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO								
CONTRATO No.		510-2025	VALOR TOTAL	\$ 47,929,933.00	CDP	66925	RP	170025
VIGENCIA	2025	FECHA DE INICIO	16/07/25	FECHA DE TERMINACIÓN		19/12/25		
TIPO DE CONTRATO		Prestación de servicios profesionales y/o apoyo a la gestión						

3. MODIFICACIONES DEL CONTRATO			
--------------------------------	--	--	--

TIPO DE MODIFICACION	Cedente / Cesionario	Fecha Cesión	VALOR

4. INFORMACIÓN PARA PAGO/DESEMBOLSO					
¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	5	MES	2025-11-01 / 2025-11-30
RESPONSABLE DE IVA	NO RESPONSABLE DE IVA		DÍAS DE COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL		30
NÚMERO DE FACTURA (RESPONSABLE DE IVA)					

VALOR AUTORIZADO PARA PAGO **\$ 9,337,000**

BASE GRAVABLE **\$ 9,337,000**
IVA **\$**

APORTES OBLIG. EN PENSIÓN **\$ 597,600**
APORTES OBLIG. EN SALUD **\$ 466,900**
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL **RIESGO UNO (1)**
APORTES ARL **\$ 19,500**
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL **\$**

DATOS DE SEGURIDAD SOCIAL
FONDO DE PENSIÓN **PORVENIR**
EPS **COMPENSAR**
ARL **AXA COLPATRIA SEGUROS S.A**
MÉTODO DE COTIZACIÓN **ANTICIPADO**

5. DATOS BANCARIOS					
BANCO	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO	AHORROS	No. CTA	1003381486

NOTA: (*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.
(**) Valor que depende del nivel de riesgo que establezca la Entidad.

6. CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA	
----------------------------------	--

1º Anexo: a) Factura original (si aplica), b) fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión, ARL (si aplica), del respectivo periodo, de conformidad con lo establecido en el artículo 3.2.7.6 (PLAZOS) del Decreto 1273 de 23 de julio de 2018, y, c) documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago. Manifiesto que en caso de presentar el cobro de manera extemporánea o si las facturas (si aplica) no han sido correctamente elaboradas o no se acompañan los documentos requeridos para por la Entidad, seré responsable del pago de intereses de mora a que haya lugar por concepto de los aportes a seguridad social.

2º En calidad de contratista certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta. Artículo 4 Decreto 2271 / 18 de junio de 2.009.

CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

Código:	GFI-FT-006	Versión:	006
----------------	-------------------	-----------------	------------

3º El INFORME DE ACTIVIDADES correspondiente al periodo de pago según el objeto del contractual, se encuentra cargado en la plataforma SECOP II.

Nota: Los documentos anexos, serán objeto de verificación por la Subdirección administrativa y financiera, de no cumplir con los requisitos se realizará la respectiva devolución.

[Firma]

Firma del Contratista

7. CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	Andrea del Pilar Acero Alvarez	CARGO - DEPENDENCIA	Jefe de Oficina Asesora de Unidad Especial - OFICINA ASESORA DE PLANEACION
---------------	--------------------------------	--------------------------------	--

En mi (nuestra) calidad de supervisor(es) del presente contrato de prestación de servicios, certifico(amos) el cumplimiento por parte del contratista de las actividades descritas en el formato GCO-FT-020, el cual será remitido debidamente firmado para su inclusión en el expediente contractual, razón por la cual autorizo(amos) el pago.

Nota: Certifico que se verificó con los Operadores de Información, que se encuentran autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, el pago de los aportes realizados por concepto de: Salud, Pensión, Arl, Fondo de Solidaridad Pensional (si aplica), conforme a la planilla que adjunta el contratista, a este documento.

[Firma]

Andrea del Pilar Acero Alvarez

USUARIO Y FECHA

Estado	Enviado, revisado, aprobado por	Usuario / Fecha y hora	Observaciones
En digitación	Johanna Marcela Ramos Martinez	Martes, 2 de Diciembre del 2025	
Enviado a supervisor	Johanna Marcela Ramos Martinez	Martes, 2 de Diciembre del 2025	
Aprobado supervisor	Andrea del Pilar Acero Alvarez	Miercoles, 3 de Diciembre del 2025	Por favor continuar trámite
Pendiente subir a SECOP por contratista	Andrea del Pilar Acero Alvarez	Miercoles, 3 de Diciembre del 2025	Por favor continuar trámite
Pendiente subir a SECOP por contratista	Andrea del Pilar Acero Alvarez	Miercoles, 3 de Diciembre del 2025	Por favor continuar trámite



DECLARACIÓN JURAMENTADA

Código:	GFI-FT-007	Versión:	007
---------	------------	----------	-----

Información del Contratista

Identificado(a) con:	Cédula de ciudadanía	Número:	1015412526
Nombres y apellidos:	JOHANNA MARCELA RAMOS MARTÍNEZ		
Celular No:	3015687671		
Dirección:	Carrera 22 No 188 21		
Correo electrónico personal:	johamosma9@gmail.com	CONTRATO No:	510-2025

Declaro bajo la gravedad de juramento que:

a) Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1° del Artículo 4° del Decreto 2271 de 2009, el Artículo 126-1 del ET y el Artículo 15 del Decreto 836 de 1991, los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con la Unidad de Búsqueda de Personas dadas por Desaparecidas en el contexto y en razón del conflicto armado - UBDP, objeto del pago sujeto a retención; adicionalmente, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley 1122 de 2007 y el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, hago entrega de la copia detallada de la planilla generada desde el operador de información, en la cual se evidencia su estado pagada

b) De conformidad con lo establecido en el numeral 6. del artículo 1.2.4.1.6. "Depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente" del Decreto Único Reglamentario en materia tributaria No. 1625 de 2016, manifiesto bajo la gravedad de juramento que: Para la presente Vigencia tomaré costos y deducciones asociados a los ingresos generados por el contrato de prestación de servicios suscrito con la entidad Si selecciona SI: Se le aplicará la retención en la fuente a título de renta a una tarifa del 10% persona natural sobre el valor de sus honorarios del mes correspondiente. Si selecciona NO: Se le aplicará la retención en la fuente a título de renta teniendo en cuenta la depuración contenida en el artículo 383 ET. La cual permite aplicar los beneficios tributarios que se relacionan a continuación	NO
---	----

c) Que la(s) persona(s) que relacionó a continuación, depende económicamente de mi y da lugar al tratamiento tributario a que se refiere el parágrafo segundo del artículo 387 del estatuto tributario así mismo, manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada.	NO
---	----

d) Durante el año 2024 pagué intereses por crédito hipotecario, de acuerdo a lo establecido en art. 387 del E.T.	NO
--	----

e) Durante el año 2024 realicé pagos por concepto de medicina prepagada, de acuerdo a lo establecido en art. 387 del E.T	SI
--	----

f) Solicito efectuar un mayor descuento de retención en la fuente de acuerdo con lo establecido en el parágrafo. 3 del art. 383 del E.T	NO
---	----

Autorizo a la UBDP descontar un porcentaje de retención en la fuente adicional al calculado por la entidad del:	0	%
---	---	---

Tipo Identificación	Identificación	Nombre Completo	Edad	Tipo Dependiente	Tipo Dependencia

Solicitud Deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

Acogiéndome al beneficio del Artículo 126-1 y 126-4 del ET, solicito que para el pago que está en trámite se aplique la deducción por el siguiente concepto, respecto del cual adjuto la correspondiente certificación de la Entidad Financiera:

Concepto	Nombre Entidad	No. De Cuenta	Valor
AFC			\$.00
Pensión Voluntaria			\$.00

Tratamiento de datos:

Manifiesto que conozco y acepto la política de tratamiento de datos de la UBDP, misma que se encuentra publicada en la página web de la Entidad y autorizo el tratamiento de mis datos personales suministrados en el presente documento para los fines pertinentes.

Se firma a los 2 días del mes de Diciembre del año 2025

Firma

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1015412526	JOHANNA MARCELA RAMOS MARTINEZ		cra 22 188-21 sec 5 casa 16	6950702	joharamosma9@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	02/12/2025	91661716	\$1.106.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	466.900	0		0		0	0	0	0	466.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	597.600	0	0	0	0	0	0		597.600	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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	19.500				19.500	0	0	19.500			195	19.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	22.500	0	0	22.500	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	466.900	466.900
Pensión	1	597.600	597.600
Riesgos Laborales	1	19.500	19.500
CCF	1	22.500	22.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.106.500	1.106.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015412526	JOHANNA MARCELA RAMOS MARTINEZ		cra 22 188-21 sec 5 casa 16	6950702	joharamosma9@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	02/12/2025	91661716	\$1.106.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES								
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Empleado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AMP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1015412526	RAMOS MARTINEZ JOHANNA MARCELA	59	0			N																230301	3.734.900	597.600	0	0	0	0	EPS008	3.734.900	466.900	14-4	3.734.900	1	19.500	CCF24	3.734.900	22.500	0	0	0	0	0

PAGADA