

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

Contrato No.	ADRES-CPS-222-2025		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	YUDY ASTRID RIAÑO		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	WILMER GARCIA LONDOÑO	Teléfono / Extensión	6014322760
Dependencia	Dirección de Gestión de Tecnología de Información y Comunicaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales para realizar el análisis de requerimientos y casos de pruebas requeridos para el desarrollo y despliegue de los Sistemas de Información de la Entidad. ID-052-DGTIC		
Fecha de Inicio	27/01/2025	Fecha de Terminación	31/12/2025

Periodo del Informe de Actividades	Desde	1/12/2025	Hasta	31/12/2025
Adición y/o Prórroga	Si aplica			
Suspensión	No aplica			
Cesión	No aplica			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES ¹

Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1 Realizar entrevistas, mesas de trabajo, revisión de información y demás gestiones que le permitan levantar y documentar las especificaciones técnicas y demás artefactos que se requieran para desarrollar las funcionalidades que le sean asignadas.	Participación en entrevistas, mesas de trabajo y reuniones correspondientes a los trámites SIA Radicación Web y SIA Visor de Auditoria con el fin de levantar y documentar las especificaciones técnicas, funcionalidades y demás artefactos requeridos para el desarrollo de las soluciones asignadas, y la adecuada definición de los requerimientos técnicos y funcionales.	Los soportes se encuentran en la carpeta Obligación 1 1. SIA - Gestor de Auditoria: Apoyo en validaciones del modelo de BD 01/12/2025 2. SIA Realización modelo BD Auditoria 03/12/2025 3. [SIA] Seguimiento Compromisos Bitácora 04/12/2025 4. Unificación Visor SIA-Blend360 04/12/2025 5. Mesa de Trabajo: Segunda entrega Historias de Usuario Gestor de Auditoría 05/12/2025 6. Revisión HU – ADRES 05/12/2025	Ninguno hasta el momento.

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

			7. Revisión Manual de usuario radicación SIA 10/12/2025 8. SIA-Documentación control de cambios motor 10/12/2025 9. [SIA Interno] Priorización HU a Blend 11/12/2025 10. Priorización HU- Visor 10/12/2025	
2	Elaborar los respectivos planes de trabajo y cronogramas de actividades frente a los requerimientos a ser desarrollados. Esta documentación debe quedar registrada y almacenada dentro del repositorio que se defina por parte de la DGTIC.	Participe en las mesas de trabajo para la identificación de tareas para el trámite de SIA incluyendo la identificación de tareas DevOps y la revisión de mockups. Participar de los Daily s correspondientes al proyecto.	Los soportes se encuentran en la carpeta Obligación 2: 1. SIA - Gestor de Auditoria: Apoyo en validaciones del modelo de BD 01/12/2025 2. Daily Visor SIA 02/12/2025 3. IA Realización modelo BD Auditoria 03/12/2025 4. [SIA] Seguimiento Compromisos Bitácora 04/12/2025 5. Daily proceso de radicación 09/12/2025 6. [SIA] Seguimiento Compromisos Bitácora 04/12/2025	Ninguno hasta el momento
3	Elaborar la documentación técnica correspondiente a las historias de usuario correspondiente a los requerimientos definidos por las áreas funcionales. Dicha documentación debe ser gestionada en la plataforma indicada por la DGTIC y con los lineamientos definidos por esta	Elaboración de las historias de usuario transversales del trámite <i>SIA Visor de Auditoria</i> , con el objetivo de documentar los requerimientos funcionales que abarcan múltiples módulos del sistema y garantizar su trazabilidad en el proceso de desarrollo. Documentar los archivos Formato Único de Reclamación y crear data de prueba para el área de desarrollo.	Los soportes se encuentran en la carpeta Obligación 3: 1. Definición de Historias de Usuario Gestor de Reclamaciones. - Definición de HU Gestor de Reclamaciones. 2. Historias de Usuario Gestor de Reclamaciones. - hu-sia-gf-audiriaInd-015 - Elementos transversales. - hu-sia-gf-audiriaInd-016 -	Ninguno hasta el momento.

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

			Autenticación de Usuarios. • hu-sia-gf-audirialnd-021 Administrador Roles. • hu-sia-gf-audirialnd-022 Asignar Roles.	
4	Elaborar el plan de pruebas requerido para evaluar el correcto funcionamiento de los desarrollos conforme a las historias de usuario construidas. Dicha documentación debe ser gestionada en la plataforma indicada por la DGTIC y con los lineamientos definidos por esta.	No se realizó esta actividad para este mes.	Los soportes se encuentran en la carpeta Obligación 4: N/A	Ninguno hasta el momento.
5	Realizar las respectivas pruebas conforme al plan definido para las historias de usuario construidas. Dicha documentación debe ser gestionada en la plataforma indicada por la DGTIC y con los lineamientos definidos por esta.	No se realizó esta actividad para este mes.	Los soportes se encuentran en la carpeta Obligación 5: N/A	Ninguno hasta el momento.
6	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le designe la DGTIC	Participación en la reunión de supervisión del contrato, con el objetivo de presentar avances, resolver observaciones, revisar cronogramas, y coordinar acciones alineadas con el cumplimiento de las obligaciones Asistir y aportar en reuniones de supervisión, seguimiento de proyectos, sesiones de revisión con líderes funcionales, y eventos normativos relacionados con la digitalización de trámites.	Los soportes se encuentran en la carpeta Obligación 6: N/A	Ninguno hasta el momento.

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades. Por seguridad de la información, las respectivas evidencias se encuentran dentro de la Herramienta Colaborativa TEAMS en el Equipo **Gestión de Proyectos TI** En la ubicación: **Documentos\General\TH\2025\ADRES-CPS-222-2025-YUDY.RIAÑO\3. Pagos\12\Entregables\Diciembre**, y han sido validadas por el supervisor del contrato. Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades


YUDY ASTRID RIAÑO
 Fecha: 31/12/2025

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
COP 89.572.121	COP 81.526.720.00	COP 8.045.401.00	0 COP	COP 1

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de OCHO MILLONES CUARENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS PESOS (\$8.045.400)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES

Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	92325691	\$ 402.300	1/12/2025	31/12/2025	12/12/2025
Pensión	92325691	\$ 515.000	1/12/2025	31/12/2025	12/12/2025
ARL	92325691	\$16.800	1/12/2025	31/12/2025	12/12/2025

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

SI ☐ NO ☒

En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas: N/A

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:

- El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.
- Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.
4. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se ha materializado ninguno de los riesgos.

OBSERVACIONES	Incluir información relevante no descrita en otro acápite, solo si aplica, no es necesario reiterar información
ANEXOS	1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad. 3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido). 4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común. a. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020 5. En caso de primer pago debe aportar: a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.
En constancia, firmo: <u>WILMER GARCIA LONDOÑO</u> Supervisor (es)/Interventor (es)	
En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectuó la aprobación respectiva en la plataforma de SECOP II.	
Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 31/12/2025	

ⁱ Incluir las obligaciones específicas pactadas en el Contrato y/o Convenio.



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 **YUDY ASTRID RIAÑO RIAÑO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1012333823** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1012333823
NOMBRES Y APELLIDOS	YUDY ASTRID RIAÑO RIAÑO
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	01/03/2021
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	156
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	20

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 04/02/2025

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

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RIAÑO RIAÑO YUDY ASTRID** identificado(a) con **CC** número **1.012.333.823** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 03 de enero de 2008 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 04 de febrero de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

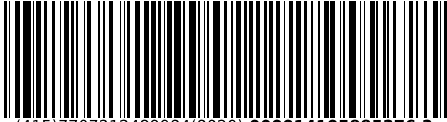
*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2025020410205

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141058853763			
				 (415)7707212489984(8020) 000014105885376 3			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
1 0 1 2 3 3 3 8 2 3		9		Impuestos de Bogotá		3 2	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente		25. Tipo de documento		26. Número de Identificación		27. Fecha expedición	
Persona natural o sucesión ilíquida		2		Cédula de Ciudadanía		1 3	
28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio		0 0 1	
COLOMBIA		1 6 9		Bogotá D.C.		1 1	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre		34. Otros nombres	
RIAÑO		RIAÑO		YUDY		ASTRID	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio		0 0 1	
COLOMBIA		1 6 9		Bogotá D.C.		1 1	
41. Dirección principal							
CR 85 B 58 C 53 SUR BRR BOSA LA FLORIDA							
42. Correo electrónico yudy870@hotmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1			
3 2 0 4 0 8 2 5 9 4				45. Teléfono 2			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código		47. Fecha inicio actividad		48. Código		49. Fecha inicio actividad	
50. Código		1		2		51. Código	
6 2 0 2		2 0 1 7 1 1 3 0		8 2 9 9		2 0 0 8 0 4 1 5	
						2 1 3 1	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26							
53. Código 5 4 9							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
54. Código				57. Modo			
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0		61. Fecha		2024 - 07 - 08 / 12 : 19: 12	
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre RIAÑO RIAÑO YUDY ASTRID			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			



**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025**

Bogotá D.C., 31 de Diciembre 2025

Nombres y Apellidos	No. Identificación
YUDY ASTRID RIAÑO RIAÑO	1.012.333.823

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:

Responsable de IVA: SI ☐ NO ☒

Régimen Simple: SI ☐ NO ☒

Código Actividad Económica 6202 Tarifa ICA 6.9%

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-222-2025

Fecha de Inicio: 27/01/2025 Fecha de Terminación: 31/12/2025

Valor total del Contrato: \$ 89.572.121 Prórroga: SI ☒ NO ☐

Valor por concepto de Honorarios 2025: \$8.045.400

Durante el año gravable 2024 fue declarante de renta SI ☒ NO ☐

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2025 SI ☐ NO ☒ tomaré costos o deducciones asociadas a rentas de trabajo.

En caso de responder si a la opción anterior no diligenciar los puntos 2 en adelante.

2. Declaro bajo gravedad de juramento que las personas que a continuación relaciono dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos por el artículo 387 del Estatuto Tributario, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)
CC	35.509.692	MARIA EDILCE RIAÑO	MADRE

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

- a) Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.



CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025

- b) Hijos con edades entre 18 y 23 años cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación para el trabajo y el desarrollo humano debidamente acreditados por la autoridad competente.
- c) Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
- d) Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
- e) Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificados por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

- 3. Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge XXXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXXX no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
- 4. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligacion _____ de _____, según certificación del año gravable 2024; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el artículo 387 del estatuto tributario nacional, párrafo 1, hasta 100 uvt mensuales.
- 5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. _____ del Banco _____, a la cual consigno mensualmente la suma de (\$) _____, de la cual anexo la certificación bancaria. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes.
- 6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____ la suma de (\$) _____, de la cual anexo certificación del Fondo de Pensiones. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-1 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes.



**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025**

Nota: Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral.

7. Declaro que consigné a Medicina prepagada, servicios complementarios de salud, la suma de (\$), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales
8. 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. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario)
9. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, SI ☐ NO ☒ he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad, por lo cual solicito aplicar la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. **Diligenciar opción correspondiente obligatoriamente.**

Atentamente,

Judy Astrid Riaño R.

Firma:

YUDY ASTRID RIAÑO RIAÑO

Cédula de ciudadanía No. 1.012.333.823 de Bogotá

Bogotá D.C., 31 de Diciembre 2025

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1012333823	YUDY ASTRID RIAÑO RIAÑO		Carrera 85B # 58C - 53 sur	3204082594	yudy870@hotmail.com	
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	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	12/12/2025	92325691	\$934.100	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	402.300	0		0		0	0	0	0	402.300	1

TOTALES PENSIÓN				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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria									
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	515.000	0	0	0	0	0	0		515.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	16.800				16.800	0	0	16.800			168	16.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias 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	402.300	402.300
Pensión	1	515.000	515.000
Riesgos Laborales	1	16.800	16.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	934.100	934.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012333823	YUDY ASTRID RIAÑO RIAÑO		Carrera 85B # 58C - 53 sur	3204082594	yudy870@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
2025-12	2025-12	I	12/12/2025	92325691	\$934.100
					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	Subjeto	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SLN	IDE	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	1012333823	RIAÑO RIAÑO YUDY ASTRID	59	0			N																	230201	3.218.160	515.000	0	0		0	0	EPS010	3.218.160	402.300	14-23	3.218.160	1	16.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

CIUDAD: Bogotá D.C

FECHA: 31 de Diciembre 2025

CUENTA DE COBRO

(Aplicable para Personas Naturales que pertenecen al Régimen Simplificado Art. 499 Estatuto Tributario)

ADQUIRIENTE DEL SERVICIO Y NIT: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- ADRES. NIT: 901037916-1

DEBE A:

NOMBRE: YUDY ASTRID RIAÑO RIAÑO

IDENTIFICACIÓN: CC NIT No.1.012.333.823

CONTRATO No.: 222 de 2025

OBJETO: Prestar servicios profesionales para realizar el análisis de requerimientos y casos de pruebas requeridos para el desarrollo y despliegue de los Sistemas de Información de la Entidad, ID-052-DGTIC

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 01/12/2025 HASTA: 31/12/2025

LA SUMA DE: Ocho millones cuarenta y cinco mil cuatrocientos pesos (\$8.045.400.00)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN Carrera 85b # 58c 53 sur

TELÉFONO: 3204082594

Judy Astrid Riaño R.

FIRMA

C.C 1.012.333.823