INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTION FINANCIERA	CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	Versión: 12
		FOR-A09.2026-002	2025-01-31

TIPO DE CERTIFICACION:	PARCIAL	CESION:	NO	FEI:	NO	SGR:	NO

1-INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

No. NIT o CÉDULA:	1.000.591.388	CONTRATISTA:	Maria Camila Berdugo Camargo				
CELULAR	3045268797						
CONTRATO No.:	CPS-930-2025	FECHA INICIO:	30/12/2025	FECHA FINAL:	31/07/2026		
REGISTRO PRESUPUESTAL:	228125	VALOR HONORARIOS:	$ 5.559.716	PAGO NUMERO:	1	DE	8

2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

TIPO CONTRATO:	DECLARA RENTA:	PENSIONADO:	ANEXO CERTIFICADO DE INGRESOS	RESPONSABLE DE IVA
PROFESIONAL	SI	NO	SI	NO

INGRESOS HONORARIOS :	$ 5.559.716
IVA 19%	
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:	
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:	$ 5.559.716

POR DIAS	CANTIDAD DE DIAS	HONORARIOS
NO		$ 5.559.716,00

FACTURA: FECHA:

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

		ENTIDAD PROMOTORA
TOTAL (IBC):	$ 2.223.900	
PENSION 16% (valor aporte):	$ 355.900	Administradora Colombiana de Pensiones Colpensiones
SALUD 12,5% (valor aporte):	$ 278.000	Compensar Entidad Promotora de Salud
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):	$ 54.200	Positiva Compañía de Seguros
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:	$ 688.100	

PAGO PLANILLA

	VENCIDO		
PLANILLA DE PAGO No.	9495745576	FECHA	1/12/2025
PLANILLA DE PAGO AJUSTE (Si aplica)			

Realice Aportes Voluntarios al Fondo de Pensiones Obligatorias de acuerdo al Articulo 55 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones obligatorias con aporte voluntario)	NO	

4-DATOS DE RETENCION Y NETO A PAGAR

Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Articulo 9 y 11)	NO

DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	MES	VALOR A DEDUCIR
a. % INTERESES POR PRESTAMOS DE VIVIENDA: limte max. Mensual 100 uvt 4.979.900, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
b. PREPAGADA o SEGURO SALUD O PLAN COMPLEMENTARIO: limte max. Mensual 16 uvt 796.784, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
c. DEPENDIENTE: limte max. Mensual 32 uvt 1.593.568 correspondiente al mes pagado	NO		-
d. APORTES: (Volunt. Pensiones) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 3800/189.236.200			-
e. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 189.236.200			

DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	$ -

CONCEPTO	BASE	TARIFA	%
RETEICA	$ 5.559.716	0,766%	$ 42.587
RETEFUENTE	$ 4.169.787	83,73	$ -
RETEIVA			0
TOTAL IMPUESTO			$ 42.587,42
TOTAL A PAGAR			$ 5.517.128,58

RETEFUENTE VOLUNTARIA	NO	

5. FIRMAS

Bajo la gravedad de juramento, certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual y los documentos suministrados contienen los pago en salud, pensión y ARL

Ma Camila B

FIRMA CONTRATISTA

El supervisor del contrato certifica que el contratista cumplio a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas dentro del periodo objeto de cobro y que verificó el pago de los aportes al sistema de seguridad social (SALUD 12,5%, PENSION 16% Y ARL 2,436%) de conformidad con las normas vigentes.

Nombre supervisor	Yibby Forero Torres	Nombre supervisor	
Cargo	Asesora	Cargo	
Dependencia	Dirección General	Dependencia	

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

Radicado No:		Obligación No:	
Fecha radicado No:		Fecha Radicación (SIIF):	

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	CERTIFICADO DE INGRESOS	Versión: 20
		FOR-A09.0000-013	2025-01-31

DECLARACION JURAMENTADA

Yo, **Maria Camila Berdugo Camargo** , identificado con **Cédula de Ciudadanía** No. **1.000.591.388** de **Bogotá D.C** , me permito declarar que mi vinculo actual con el Instituto Nacional de Salud es mediante: **Contrato de Prestación de Servicios** , con contrato número 930 de 2025

CERTIFICO QUE:

Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Articulo 9 y 11)	**NO**
Cumplo con uno o varios requisitos relacionados a continuación: * Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 1.400 UVT o $ 65.891.000 A 31 de diciembre de 2024. * Mi patrimonio bruto excedió 4.500 UVT o $ 211.793.000 * Los consumos mediante tarjeta de crédito durante el año gravable excedieron la suma de 1.400 UVT o $ 65.891.000. * El total de compras y consumos durante el año gravable superaron 1.400 UVT o $ 65.891.000 y/o las consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras, durante el año gravable excedieron de 1.400 UVT o $ 65.891.000.	**SOY DECLARANTE DE RENTA**

INFORMACION PARA DEPURAR LA BASE DE LA RETENCIÓN CERTIFICO QUE:

De las siguientes deducciones, seleccione los conceptos para tener en cuenta en la depuración de la Base del cálculo de la Retención en la Fuente:

* Durante la vigencia 2024 pague intereses o tuve corrección Monetaria en Créditos de Vivienda *(adjunto la certificación de la entidad responsable del crédito de vivienda donde se especifica el valor de los intereses pagados durante la vigencia 2024).* Artículo 31 de la Ley 2277 de 2022	**NO**
* Realice en una cuenta AFC - Ahorro para el Fomento de la Construcción de acuerdo al Artículo 126-1 E.T, *(adjunto la certificación de ahorro de la cuenta AFC)*	**NO**
* Durante la vigencia 2024 realice pago como titular de plan complementario, servicio medico domiciliario o cuento con una póliza de salud de acuerdo al Artículo 387 E.T *(adjunto la certificación correspondiente a la entidad de la cual soy titular)*	**NO**
* Realizo aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias de acuerdo al Artículo 126-1 E.T *(adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones voluntarias)*	**NO**
* Realizo Aportes Voluntarios al Fondo de Pensiones Obligatorias de acuerdo al Articulo 55 E.T *(adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones obligatorias con aporte voluntario)*	**NO**
* Cumplo con uno o varios requisitos del Parágrafo 2 del Articulo 387 E.T., correspondientes a dependientes económicos de los relacionados a continuación: *(marque con una x según corresponda)*	
° Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. *(Adjunto registro civil de nacimiento).*	**NO**
° Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 25 años, cuando el padre madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.*(Adjunto certificado de estudio de educación superior, cédula de ciudadania y registro civil de nacimiento)*	
° Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos psicológicos que sean certificados por el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes *(Adjunto registro civil de nacimiento, cédula de ciudadania, el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes).*	
° El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal *(Adjunto certificado de convivencia y/o registro civil de matrimonio, cédula de ciudadania, certificado de contador público o certificado de Medicina Legal)*	
° Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. *(Adjunto registro civil de nacimiento, certificado de contador público o certificado de Medicina Legal)* .	

Relación de Dependientes

Tipo Doc.	Numero de Documento	Nombres y apellidos	Edad	Parentesco

La anterior se firma el 31 del mes Diciembre del año 2025

MCamilaB

SE FIRMA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Se firma bajo la gravedad de juramento que la información contenida en el formato es real y que las deducciones indicadas solo se estan reportando ante el Instituto Nacional de Salud ya que estas solo pueden ser aplicadas una vez por cada periodo

Nota 1: El INS no se hace responsable de definirle a sus contratistas de prestación de servicios persona natural la calidad de declarantes o no declarantes, ni de la declaración de ingresos por el año anterior. Esta condición obedece a circunstancias de carácter personal que cada contratista conoce.

Nota 2: los contratistas que hayan marcado las deducciones enunciadas en los numerales 1, 2,3, 4,5 y 6 de este documento en concordancia con lo establecido en el artículo 387 del E.T. y artículo 330 E.T., deberán adjuntar las certificaciones respectivas y de acuerdo a su clasificación tributaria cedular como Rentas de Trabajo.

NUMERO DE CONTRATO	INS-CPS-930-2025	**NOMBRE DEL CONTRATISTA**	María Camila Berdugo Camargo		
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios profesionales para apoyar en la recolección de información cualitativa del proyecto "Conocimientos, percepciones, usos y comprensión del etiquetado nutricional y frontal de advertencia y su efecto en la selección y compra de alimentos envasados y empacados para consumo humano en diferentes regiones de Colombia." en lo relacionado con la información de cultura alimentaria y hábitos de compra en entrevistas y grupos focales				
PERIODO DEL INFORME	**DESDE:**	30/12/2025		**HASTA:**	31/12/2025

DESCRIPCIÓN DEL AVANCE	
Obligación contractual	**Actividad desarrollada**
Apoyar en la elaboración de infografías y recomendaciones de política basadas en los resultados cualitativos del proyecto.	• No se realizaron actividades durante el periodo
Descripción y organización de categorías y subcategorías cualitativas y elaboración de informes de los estudios, proyectos y actividades de investigación en seguridad alimentaria y nutricional del grupo de nutrición.	• Se realiza una prueba del instrumento de recolección de información: Guía de entrevista semiestructurada del Proyecto Conocimientos, percepciones, usos y comprensión del etiquetado nutricional y frontal de advertencia y su efecto en la selección y compra de alimentos envasados y empacados para consumo humano en diferentes regiones de Colombia. • Se realiza un avance Informe de validación de las preguntas del instrumento de entrevista semi estructurada. • Informe de validación del instrumento de entrevista semi estructurada. • Grabación y Transcripción del ejercicio de prueba de la guía de entrevista semiestructurada.
Apoyar el análisis de cultura alimentaria del proyecto, registrando la información en documentos.	• Se realiza un avance Informe de validación de las preguntas del instrumento de entrevista semi estructurada.
Apoyar en el contacto y concertación con las personas e instituciones que participarán de los proyectos liderados por el grupo de nutrición.	• No se realizaron actividades durante el periodo
Apoyar con la recolección, procesamiento y sistematización de la información cualitativa en el marco del proyecto	• Se realiza una prueba del instrumento de recolección de información: Guía de entrevista semiestructurada del Proyecto Conocimientos, percepciones, usos y comprensión del etiquetado nutricional y frontal de advertencia y su efecto en la selección y compra de alimentos envasados y empacados para consumo humano en diferentes regiones de Colombia. • Grabaciones y Transcripciones del ejercicio de prueba de la guía de entrevista semiestructurada.
Apoyar en el ajuste de los instrumentos de recolección frente a los objetivos del proyecto.	• Se realiza un avance Informe de validación de las preguntas del instrumento de entrevista semi estructurada
Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo.	• No se realizaron actividades durante el periodo
Productos	•
Plan de trabajo de las actividades a realizar concertado y aprobado por el supervisor del grupo de nutrición.	• Se concertó el plan de trabajo para el desarrollo del contrato. FOR-D01.0000-001 PLAN DE TRABAJO
Informe de validación de las preguntas del instrumento de entrevista semi estructurada	• Documento informe de validación del instrumento de entrevista semiestructurada

Nota: El seguimiento sobre el cumplimiento de las obligaciones lo realizará el supervisor en el FOR A02.0000-037 "INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN"



María Camila Berdugo Camargo.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

(1) Contrato No.	**INS-CPS-930-2025**		
(2) Nombre del Contratista:	Maria Camila Berdugo Camargo		
(3) Cargo del supervisor:	Asesora de la Dirección General del INS- Yibby Forero Torres		
(4) Interventoría si ☐ no ■ Nombre:	N/A		
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)	**aforero@ins.gov.co**		
(6) Objeto del contrato:	Prestar servicios profesionales para apoyar en la recolección de información cualitativa del proyecto "Conocimientos, percepciones, usos y comprensión del etiquetado nutricional y frontal de advertencia y su efecto en la selección y compra de alimentos envasados y empacados para consumo humano en diferentes regiones de Colombia." en lo relacionado con la información de cultura alimentaria y hábitos de compra en entrevistas y grupos focales.		
(7) Fecha de inicio:	30/12/2025	**(8) Fecha terminación:**	31/07/2026
(9) Período objeto del informe:	30 al 31 de diciembre de 2025		

(10) ANALISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS EN EL MES O PERIODO EJECUTADO

Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
Apoyar en la elaboración de infografías y recomendaciones de política basadas en los resultados cualitativos del proyecto.	• No se realizaron actividades durante el periodo	• No aplica	Sin comentario
Descripción y organización de categorías y subcategorías cualitativas y elaboración de informes de los estudios, proyectos y actividades de investigación en seguridad alimentaria y nutricional del grupo de nutrición.	• Se realiza una prueba del instrumento de recolección de información: Guía de entrevista semiestructurada del Proyecto Conocimientos, percepciones, usos y comprensión del etiquetado nutricional y frontal de advertencia y su efecto en la selección y compra de alimentos envasados y empacados para consumo humano en diferentes regiones de Colombia. • Se realiza un avance Informe de validación de las preguntas del instrumento de entrevista semi estructurada.	• Informe de validación del instrumento de entrevista semi estructurada. • Grabación y Transcripción del ejercicio de prueba de la guía de entrevista semiestructurada.	Contratista realiza lo indicado para realizar la actividad.
Apoyar el análisis de cultura alimentaria del proyecto, registrando la información en documentos.	• Se realiza un avance Informe de validación de las preguntas del instrumento de entrevista semi estructurada.	• Informe de validación del instrumento de entrevista semi estructurada.	Contratista realiza lo indicado para realizar la actividad.
Apoyar en el contacto y concertación con las	• No aplica para el periodo en curso	• No aplica	Sin comentario

personas e instituciones que participarán de los proyectos liderados por el grupo de nutrición.			
Apoyar con la recolección, procesamiento y sistematización de la información cualitativa en el marco del proyecto.	• Se realiza una prueba del instrumento de recolección de información: Guía de entrevista semiestructurada del Proyecto Conocimientos, percepciones, usos y comprensión del etiquetado nutricional y frontal de advertencia y su efecto en la selección y compra de alimentos envasados y empacados para consumo humano en diferentes regiones de Colombia.	• Grabaciones y Transcripciones del ejercicio de prueba de la guía de entrevista semiestructurada.	Contratista realiza lo indicado para realizar la actividad.
Apoyar en el ajuste de los instrumentos de recolección frente a los objetivos del proyecto.	• Se realiza una prueba del instrumento de recolección de información: Guía de entrevista semiestructurada del Proyecto Conocimientos, percepciones, usos y comprensión del etiquetado nutricional y frontal de advertencia y su efecto en la selección y compra de alimentos envasados y empacados para consumo humano en diferentes regiones de Colombia.	• Grabaciones y Transcripciones del ejercicio de prueba de la guía de entrevista semiestructurada. • Comentarios para el ajuste del instrumento Guía de entrevista semiestructurada	Contratista realiza lo indicado para realizar la actividad.
Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo.	• No se realizaron actividades durante el periodo	• No aplica	Sin comentarios
Informes			
Informe mensual sobre las actividades realizadas en cumplimiento del objeto contractual.	• Se adjunta el informe mensual	• Documento: informe de avance FOR-A02.0000-029	Sin comentarios
Informe final del estado de las obligaciones del contrato, que evidencie las actividades desarrolladas para el cumplimiento de su objeto contractual	• No aplica para el período en curso	• No aplica	Sin comentarios
Productos			
1. Informe de validación de las preguntas del	• Se realiza el informe de validación	• Documento informe de validación del	Se encuentra en la ruta del computador con numero de inventario 43996 :

instrumento de entrevista semi estructurada		instrumento de entrevista semiestructurada	C:\Users\aromero\OneDrive - INSTITUTO NACIONAL DE SALUD\AÑO 2026\CONTRATOS\INSTITUTO NACIONAL DE SALUD\INS-CPS-930-2025 - MARIA CAMILIA BERDUGO\CUENTAS\CUENTA 1\PRODUCTOS
2. Documento con el componente con los resultados cualitativos de uno de los proyectos del grupo de Nutrición.	• No aplica para el periodo en curso	• No aplica	Sin comentario
3. Plan de trabajo de las actividades a realizar concertado y aprobado por el supervisor del grupo de nutrición.	• Se concertó el plan de trabajo para el desarrollo del contrato	• Archivo FOR-D01.0000-001 PLAN DE TRABAJO	Se encuentra en la ruta del computador con numero de inventario 43996 C:\Users\aromero\OneDrive - INSTITUTO NACIONAL DE SALUD\AÑO 2026\CONTRATOS\INSTITUTO NACIONAL DE SALUD\INS-CPS-930-2025 - MARIA CAMILIA BERDUGO\CUENTAS\CUENTA 1\PRODUCTOS
Documento de Identificación de patrones y tendencias a nivel cualitativo de la información	• No aplica para el periodo en curso	• No aplica	Sin comentarios

Monitoreo del tratamiento a los riesgos de contratación registrados en el FOR-A02.0000-026 Anexo No 1 a los estudios previos Matriz de riesgos de contratación

No	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción (que puede pasar y, como puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión		
										¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?	Descripción del monitoreo realizado
1	General	Externo	Ejecución	Riesgos Operacionales	Retraso en la entrega de productos por circunstancias ajenas a la voluntad del contratista	Demora en la ejecución del objeto contractual	Supervisor	Inicio de ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	Informe de supervisión mensual	Mensual	Entregó los productos sin tener inconvenientes para su entrega.
2	General	Externo	Ejecución	Riesgos Operacionales	Defectos en los resultados del producto	No ejecución de los proyectos	Supervisor	Inicio de ejecución	Fin de ejecución + 4 meses mas	Informe de supervisión mensual	Mensual	No hubo defectos en los resultados del producto.
3	General	Externo	Ejecución	Riesgos	Cambios regulatorios en materia administrativa, tributaria y/o normativa, relacionados con	Retraso en el cumplimiento de las obligaciones y/o en el plazo establecido para la ejecución del contrato	Supervisor	Inmediato, una vez se presente el evento	No se realiza ningún ajuste	No aplica	Mensual	No se presentaron eventos que afecte el cumplimiento de las obligaciones en el plazo

					el objeto contractual							establecido del contrato.
4	General	Externo	Ejecución	Riesgos Sociales o Políticos	Problemas de orden público que afecten los desplazamientos	Demora en la ejecución del objeto contractual	Supervisor	Inmediato, una vez se presente el evento	No se realiza ningún ajuste	No aplica	Mensual	No se presentaron problemas de orden público que afecte el cumplimiento de las obligaciones en el plazo establecido del contrato.

% DE AVANCE ACUMULADO	**6.67**

(11) DE CONFORMIDAD CON EL SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, EL SUPERVISOR/INTERVENTOR (ES) CERTIFICA QUE:

1. El/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.

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. Durante el periodo el/la Contratista cumplió con lo dispuesto en el POE-A01.2014-001 “Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo”, especialmente lo establecido en el Anexo 1 sobre Normas y Requerimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo para Contratistas y los criterios de sostenibilidad ambiental, de acuerdo al tipo de actividad que desarrolla.

4. Aprueba 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 en mención.

5. ***Durante el periodo ejecutado se hizo seguimiento a los riesgos establecidos en la matriz correspondiente (de acuerdo con la periodicidad establecida) y a la fecha no se ha materializado ninguno.***

6. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

(12) OBSERVACIONES:	(INCLUIR INFORMACIÓN RELEVANTE NO DESCRITA EN OTRO ACÁPITE, SOLO SI APLICA, NO ES NECESARIO REITERAR INFORMACIÓN)

(13) En constancia, firmo:

Yibby Forero Torres

Supervisora

(14) Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 05 de enero de 2026

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000591388		BERDUGO CAMARGO MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Av 19 # 143 A - 36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4624771	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1970957534	9495745576	I	2025/12/22	2025/12/01	BANCOLOMBIA	0	$724,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$2,200,000	$44,000			$2,200,000	$53,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$2,200,000	$44,000			$2,200,000	$53,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$2,200,000	$44,000			$2,200,000	$53,600		$0	$0
1	CC	1000591388	BERDUGO MARIA	25-14	30	$2,200,000	$352,000	EPS008	30	$2,200,000	$275,000	CCF24	30	$2,200,000	$44,000	14-23	30	$2,200,000	$53,600	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$2,200,000	$44,000			$2,200,000	$53,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000591388		BERDUGO CAMARGO MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Av 19 # 143 A - 36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4624771	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1970957534	9495745576	I	2025/12/22	2025/12/01	BANCOLOMBIA	0	$724,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$352,000	$0	$0	$352,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$352,000	$0	$0	$352,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$53,600	$0	$0	$53,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$53,600	$0	$0	$53,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$44,000	$0	$0	$44,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$44,000	$0	$0	$44,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$275,000	$0	$0	$275,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$275,000	$0	$0	$275,000
TOTAL				1	$724,600	$0	$0	$724,600