

PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA
FORMATO CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y AUTORIZACIÓN PARA TRÁMITE DE PAGO - OPS
VERSIÓN: 6
FN.FT.01



DATOS BÁSICOS			
NÚMERO DE CÉDULA	1.118.557.325		
NOMBRE	LAURA DANIELA JIMENEZ MORA		
DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN	SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y SERVICIOS CIUDADANOS DIGITALES		
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ		

INFORMACIÓN CONTRACTUAL					
NÚMERO DE CONTRATO	AND-094-2026	VIGENCIA	DESDE	1	FEBRERO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 22.500.000,00		HASTA	30	JUNIO
					2026

MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
VALOR ADICIONADO	PRÓRROGA HASTA			DÍA	MES
VALOR CEDIDO	FECHA CEDIDO			DÍA	MES
SUSPENSIÓN	DESDE	DÍA	MES	AÑO	
	HASTA	DÍA	MES	AÑO	
VALOR FINAL DEL CONTRATO	TERMINACIÓN ANTICIPADA			DÍA	MES
					AÑO

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL Y DE EJECUCIÓN			
TIPO DE GASTO	INVERSIÓN	NÚMERO DE CDP	2126
RUBRO	C-2302-0400-2-53105B-2302003-02	NÚMERO DE RP	11926

INFORMACIÓN PARA PAGO				
NÚMERO DE PAGO	PRIMERO (1)	RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA	PENSIONADO
CONCEPTO DEL PAGO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			DECLARANTE DE RENTA
				NO
				SÍ

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$ 4.500.000,00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	\$ 4.500.000,00

BASE GRAVABLE	\$ 0,00
IVA	\$ 0,00
TOTAL	\$ 0,00

SUMATORIA DE PAGOS INCLUIDO ESTE	\$ 4.500.000,00
SALDO POR PAGAR	\$ 18.000.000,00

APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	\$ 288.000,00
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	\$ 225.000,00
APORTES OBLIG. ARL (0,522 %) (*)	\$ 9.400,00
APORTES FON. DE SOLID. PENSIONAL (**)	\$ 0,00

DATOS BANCARIOS	
BANCO	BBVA
TIPO DE CUENTA	AHORROS
N° DE CUENTA	981260094

* 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.

** Aporte obligatorio para contratistas con base de cotización superior a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

- Anexo Factura original (si aplica), fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión y ARL del respectivo periodo y documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago.
- 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.
*Lo anterior NO aplica para el primer pago del contrato.
- De acuerdo con los plazos establecidos en el Artículo 3.2.2.1. del Decreto 1990 de 2016, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el pago de los aportes al sistema de seguridad social y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019, certifico que el aporte correspondiente al último pago será cancelado bajo el 40% de los honorarios percibidos en este periodo. De no hacerlo me haré responsable en el caso de ser requerido por los Entes de Control, por no cumplir con lo establecido en el artículo 3.2.7.1 del Decreto 780 de 2016 y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019.
- En mi calidad de CONTRATISTA certifico que la presente cuenta de cobro y el respectivo informe de actividades fueron anexados en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato".
- De conformidad con el Artículo 10 del Estatuto tributario declaro que soy Nacional y/o residente en Colombia. (si NO es residente adjunte fotocopia de su pasaporte evidenciando fecha de ingreso al país).

Certifico bajo la gravedad de juramento que las declaraciones aquí establecidas se encuentran aceptadas y que la información suministrada es veraz; firmo en constancia:

FIRMA: LAURA DANIELA JIMENEZ MORA

CERTIFICACIÓN DEL (OS) SUPERVISOR(ES) DEL CONTRATO		
NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN
WILSON ALBERTO ORDOÑEZ ROMERO	PROFESIONAL DE PROYECTOS	SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y SERVICIOS CIUDADANOS DIGITALES

En mi calidad de SUPERVISOR(ES) del presente contrato de prestación de servicios, certifico que las actividades descritas por parte del contratista en el informe de ejecución corresponden al periodo de pago y las evidencias corresponden a las actividades reportadas, así mismo certifico que los comprobantes de pagos correspondientes a los aportes obligatorios en Salud, Pensión, ARL y Fondo de Solidaridad Pensional corresponden al periodo descrito en el informe de ejecución de actividades o el inmediatamente anterior, información que fue anexada con la presente cuenta de cobro en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato", razón por la cual autorizo el pago.

FIRMA: WILSON ALBERTO ORDOÑEZ ROMERO

Revisó: Andres Enrique fernandez - Gerente de Proyectos

Fecha de expedición del documento: *Febrero de 2026*

Nombre: *Laura Daniela Jiménez Mora*

N° contrato: *AND-094-2026*

Fecha de inicio: *1 de febrero de 2026*

Fecha de terminación: *30 de junio de 2026*

Período de pago: *FEBRERO*

N° de pago y/o factura: *PAGO 1*

Objeto Contractual: *Prestar, por sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa, los servicios profesionales de documentadora, con el fin de apoyar la gestión de la documentación operativa, funcional y técnica, así como el seguimiento de la ejecución del proyecto REDAM, en el marco del contrato interadministrativo No. 798-2026.*

Supervisor: *WILSON ALBERTO ORDOÑEZ ROMERO*

*N°	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
01	Brindar apoyo en la revisión de forma de los documentos técnicos, funcionales y operativos que sean solicitados o requeridos durante la ejecución del Contrato Interadministrativo No. 798-2026, garantizando la coherencia, claridad y cumplimiento de los lineamientos establecidos.	Cargue de los Entregables correspondientes al Primer Pago y a los informes mensuales de febrero del contrato 798-2026 REDAM: ENTREGABLES PRIMER PAGO: 01. E1 Linea Base del Cronograma 02. E2 Plan Proyecto 03. E3 Docs de seguimiento y control 04. E5 Informe de Operacion y Admin de la Plataforma 05. E10 Informe estadístico 06. E12 Estrategia de Gestión del Cambio 07. E13 Cronograma de Estrategia Gestión del Cambio 08. E14 Informe cumplimiento de Estrategia Gestión del Cambio	Evidencia Obligación 1 - REPOSITORIO AND

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 4
CT.FT.02

*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
		09. E15 Informe Jurídico INFORMES MENSUALES FEBRERO: 01. E3_Docs de seguimiento y control 02. E5_Informe de Operación y Admin Plataforma 03. E6_Informe de Interoperabilidades 04. E7_Informe de Evolutivos 05. E10_Informe estadístico 06. E14_Informe de cumplimiento estrategia gestion del cambio, U&A 07. E15_Informe Jurídico	
02	Apoyar a la gerencia con las actas de las reuniones de seguimiento y las requeridas por el supervisor.	Realización, seguimiento y cargue de las siguientes Actas de Reunión: 01. KICKOFF REDAM_AND-MINTIC_3.02.2026 02. SEGUIMIENTO Nº1 REDAM_10.02.2026 03. OBLIGACIONES Nº1_13.02.2026 04. SEGUIMIENTO Nº2 REDAM_17.02.2026 05. BACKLOG_18.02.2026 06. SEGUIMIENTO Nº3 REDAM_24.02.2026 07. OBLIGACIONES Nº2_27.02.2026	Evidencia Obligación 2 - REPOSITORIO AND
03	Apoyar la administración del repositorio documental, manteniendo actualizado el inventario documental bajo su cargo y la publicación de la documentación generada en ejecución del proyecto REDAM.	Revisión y cargue de documentos correspondientes al proyecto REDAM. Creación de carpetas y estructura del repositorio asignado al proyecto REDAM.	Evidencia Obligación 3 - REPOSITORIO AND
04	Brindar apoyo administrativo al proyecto REDAM, de acuerdo con las necesidades requeridas para su ejecución y cumplimiento.	Actualización de matrices de Seguimiento Proyecto REDAM: 01. MTZ_Compromisos_Proj_REDAM 02. MTZ_Entregables para Pago_CTO_REDAM_798_2026 03. MTZ_Obligaciones_CTO_798-2026_REDAM	Evidencia Obligación 4 - REPOSITORIO AND

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

Versión: 4

CT.FT.02

*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
05	Asistir a reuniones y mesas de trabajo programadas tanto virtuales como presenciales cuando así lo requiera la supervisión del contrato, que tenga relación directa con su objeto contractual.	Participación en las siguientes mesas de trabajo: 01. Reunión Inicial (kick off) Contrato 798-2026_03.02.2026 02. Presentación MVP APP_ICETEX_05.02.2026 03. REDAM_2026_Gestión Documental AND_TALENTUM_06.02.2026 04. Daily – Proyecto APP-ICETEX_06.02.2026 05. Preparación Prueba de Recorrido Auditoria de la Contraloría_07.02.2026 06. Daily – Proyecto APP-ICETEX_09.02.2026 07. Reunión Interna REDAM_AND_TALENTUM_Daily – Proyecto APP-ICETEX_10.02.2026 08. Reunión de Seguimiento Semanal REDAM _CTO 798-2026_10.02.2026 09. Daily – Proyecto APP-ICETEX_10.02.2026 10. Repositorio REDAM_11.02.2026 11. Daily – Proyecto APP-ICETEX_11.02.2026 12. Requerimientos APP_ICETEX_12.02.2026 13. Revisión de Obligaciones Contractuales REDAM_CTO 798-2026_13.02.2026 14. Revisión de la Presentación _ REDAM 798-2026_17.02.2026 15. Reunión de Seguimiento Semanal REDAM _CTO 798-2026_17.02.2026 16. Gestión Documental AND_TALENTUM_18.02.2026 17. Backlog 2026 historias de usuarios_18.02.2026 18. Daily – Proyecto APP-ICETEX_18.02.2026 19. Revisión -restauración Nombres-redam_19.02.2026 20. Daily – Proyecto APP-ICETEX_19.02.2026	Evidencia Obligación 5 - REPOSITORIO AND

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 4
CT.FT.02

*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
		21. Daily – Proyecto APP-ICETEX_20.02.2026 22. Reunión Presencial REDAM_23.02.2026 23. Daily – Proyecto APP-ICETEX_23.02.2026 24. Inducción y Re inducción Institucional AND 2026_24.02.2026 25. Dudas sobre arquitectura de la APP-ICETEX_24.02.2026 26. Revisión de la Presentación _ REDAM 798-2026_24.02.2026 27. Reunión de Seguimiento Semanal REDAM _CTO 798-2026_24.02.2026 28. Lineamientos para el diligenciamiento correcto de cuentas de cobro_25.02.2026 29. Revisión Interna Obligaciones Contractuales_27.02.2026 30. Revisión de Obligaciones Contractuales REDAM_CTO 798-2026_27.02.2026 31. Daily – Proyecto APP-ICETEX_27.02.2026	
06	Realizar las demás actividades que sean solicitadas por el supervisor del proyecto.	Realización de Actas y participación en las sesiones de trabajo ICETEX: 01. Acta Kickoff_ICETEX APP 02. Acta 01_ICETEX APP 03. Acta 02_ICETEX APP_Daily_6.02.2026 04. Acta 03_ICETEX APP_Daily_9.02.2026 05. Acta 04_ICETEX APP_Daily_10.02.2026 06. Acta 05_ICETEX APP_Daily_11.02.2026 07. Acta 06_ICETEX APP_MESA TÉCNICA_12.02.2026 08. Acta 07_ICETEX APP_Daily_18.02.2026 09. Acta 08_ICETEX APP_Daily_19.02.2026	Evidencia Obligación 6 - REPOSITORIO AND

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 4
CT.FT.02



*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
		10. Acta 09_ICETEX APP_Daily_20.02.2026 11. Acta 10_ICETEX APP_Daily_23.02.2026 12. Acta 11_DUDAS ARQUITECTURA_24.02.2026 13. Acta 12_MESA TÉCNICA_24.02.2026	

Observaciones Contratista	Observaciones Supervisor

REPORTE PLANILLA DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
MES	NUMERO
FEBRERO	6009514661

Presentó:

Firma Contratista
LAURA DANIELA JIMENEZ MORA

Aprobó

Firma Supervisor
WILSON ALBERTO ORDOÑEZ ROMERO
PROFESIONAL DE PROYECTOS

Revisó: Andres Enrique fernandez - Gerente de Proyectos

Proceso: Gestión Financiera
FORMATO DE DISMINUCIÓN DE RETENCIÓN EN LA FUENTE
POR DEPENDIENTES
Versión: 1
FN.FT.04



Bogotá D.C., 28 de febrero de 2026

Señores
CORPORACION AGENCIA NACIONAL DE GOBIERNO DIGITAL
 Ciudad

Yo LAURA DANIELA JIMÉNEZ MORA identificada con la cédula de ciudadanía 1.118.557.325, Empleado () Contratista (**X**), de la Subdirección (nombre de la Subdirección), con el fin de acogerme al beneficio tributario por dependientes establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la ley 1607 de 2012, certifico que se encuentran a mi cargo los siguientes dependientes y para el efecto adjunto los documentos requeridos en cada caso:

Marque X	TIPO DE DEPENDIENTE	DOCUMENTO SOPORTE QUE DEBE ADJUNTAR
X	Hijos menores de 18 años	- Registro civil de nacimiento ⁽¹⁾
	Hijos con edad entre 18 y 23 años, en donde el empleado o contratista financie la educación formal Superior.	- Certificado de instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente. - Registro civil de nacimiento ⁽¹⁾
	Hijos con edad entre 18 y 23 años, en donde el empleado o contratista financie la educación técnica no formal.	- Certificado de programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. - Registro civil de nacimiento ⁽¹⁾
	Hijos mayores de 23 años, dependientes por factores físicos o psicológicos.	- Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. ⁽²⁾ - Registro civil de nacimiento ⁽¹⁾
	Cónyuge o compañero permanente con dependencia económica por ausencia de ingresos anuales inferiores a 260 UVT.	- Certificado de Contador Público. - Documento que demuestre el parentesco ⁽¹⁾
	Cónyuge o compañero permanente con dependencia por factores físicos o psicológicos.	- Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente. ⁽²⁾ - Documento que demuestre el parentesco ⁽¹⁾
	Padres y hermanos con dependencia económica por ausencia de ingreso o ingresos anuales inferiores a 260 UVT.	- Certificado de Contador Público - Documento(s) que demuestre(n) el parentesco ⁽¹⁾
	Padres y hermanos con dependencia por factores físicos o psicológicos.	- Certificado de Medicina Legal, de una Entidad Promotora de Salud (EPS) o cualquier otra entidad que legalmente sea competente ⁽²⁾ - Documento(s) que demuestre(n) el parentesco ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Sólo en caso de que no lo haya aportado previamente

⁽²⁾ Si ya aportó la certificación y las condiciones no han cambiado, no es necesario que la aporte nuevamente. Se debe informar en el momento en que deje de presentarse la dependencia

Proceso: Gestión Financiera
FORMATO DE DISMINUCIÓN DE RETENCIÓN EN LA FUENTE
POR DEPENDIENTES
Versión: 1
FN.FT.04



Número de anexos: 1

Bajo la gravedad de juramento, manifiesto que la información relacionada en este documento es veraz y me comprometo a informar a la Agencia cuando la situación de dependencia termine o se modifique.

Firma

C.C. 1.118.557.325



REGISTRADURIA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

59031165

NUIP

1222135791

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código **A E A**

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CASANARE - YOPAL - YOPAL-H LA YOPAL

Datos del inscrito

Primer Apellido

CALLEJAS

Segundo Apellido

JIMENEZ

Nombre(s)

MARIA PAULA

Fecha de nacimiento

Año **2 0 1 9** Mes **D I C** Día **0 5**

Sexo (en letras)

FEMENINO

Grupo sanguíneo

A

Factor RH

NEGATIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - CASANARE - YOPAL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

15003251-4

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

JIMENEZ MORA LAURA DANIELA

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1118557325

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

CALLEJAS HERRERA MANUEL ELKYN

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1118537927

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CALLEJAS HERRERA MANUEL ELKYN

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1118537927

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año **2 0 1 9** Mes **D I C** Día **1 3**

Nombre y firma del funcionario que autoriza

WILMAN A. ALBARRACIN RAMIREZ

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

WILMAN A. ALBARRACIN RAMIREZ

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS: FOLIO 1833; 13/12/2019



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CEDULA DE CIUDADANÍA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		1118557325		NÚMERO PLANILLA:		6009514661		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		LAURA DANIELA JIMENEZ MORA		CASANARE		3000000		PERIODO COTIZACIÓN OTROS:		MES febrero AÑO 2026		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES febrero AÑO 2026					
CIUDAD/MUNICIPIO:		YOPAL		DEPARTAMENTO:		CASANARE		DIAS DE MORA:		0		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		108446039					
DIRECCIÓN:		CALLE 28 NO 19 10		TELÉFONO:		3000000		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/03									
TIPO APORTANTE:		OS-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE													
TIPO EMPRESA:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONÓMICA:		Comercio al por mayor de computadores, equipo per													
FORMA DE PRESENTACIÓN:		UNICO																	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO																	

TOTAL APORTES A PENSION										TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		APORTES		MORA		TOTAL		VALOR PAGADO			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	APORTES	MORA	VALOR PAGADO		VALOR PAGADO		VALOR PAGADO	
2-0001	PROTECCION	1	\$ 288.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 288.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 288.000	\$ 0	\$ 288.000	\$ 0	\$ 288.000	\$ 0
SUBTOTAL:																			

TOTAL APORTES A SALUD										TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	TOTAL	VALOR PAGADO	ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	TOTAL	VALOR PAGADO
CÓDIGO	NOMBRE									CÓDIGO	NOMBRE								
2-0001	PROTECCION	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	2-0001	PROTECCION	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES										TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	TOTAL	VALOR PAGADO	ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	TOTAL	VALOR PAGADO
CÓDIGO	NOMBRE									CÓDIGO	NOMBRE								
2-0001	PROTECCION	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	2-0001	PROTECCION	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									

TOTAL APORTES A SALUD										TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	TOTAL	VALOR PAGADO	ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA	TOTAL	VALOR PAGADO
CÓDIGO	NOMBRE									CÓDIGO	NOMBRE								
2-0001	PROTECCION	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	2-0001	PROTECCION	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTAL:										SUBTOTAL:									

TOTAL PAGADO:																		\$ 522.400
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------

