20262600002072
No. 20262600002072
Fecha Radicado: 09-MAR-2026 04:48 PM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos: .
INSOR
Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR	PROCESO GESTION FINANCIERA	Código: FOGF51
	FORMATO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO - CONTRATOS /ORDENES DE COMPRA Y OTROS DISTINTOS A CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN	Versión: 2
		Fecha: 14/10/2025

Dependencia / Grupo:	Talento Humano	Pago No:	5	Total de pagos:	5
		Valor a pagar:	84.900,00	Pago Final	SI

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	Bogotá D.C			**Fecha de presentación (dd-mm-año)**	9/03/2026
Nombres ó Razón Social:	CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S			**Identificación:** NIT	830.103.479 - 8
Teléfono	7420428			**Correo electrónico Contratista/beneficiario para notificaciones**	facturaelectronicaproveedores@controlarsalud.com
Integrantes Unión temporal o consorcio (Si aplica)	**Nombre**			**Nit/CC**	**Participación**
	N/A			N/A	N/A
	N/A			N/A	N/A
	N/A			N/A	N/A
	N/A			N/A	N/A
	N/A			N/A	N/A

INFORMACIÓN DEL CONTRATO / ORDEN DE COMPRA Y/O OTROS

No. Contrato(orden de compra y/o otros)	**Contrato 128 de 2025**			**Plazo de Ejecución:**	6 Meses y 15 días
Fecha de suscripción	11/06/2025	**Fecha de inicio:**	16/06/2025	**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**	30/12/2025
Responsabilidad del Contribuyente DIAN	Responsabilidad 49 - No responsable de IVA	**Novedades del periodo a pagar**	Sin novedades		

OBJETO DEL CONTRATO/ORDEN DE COMPRA Y/U OTROS

Prestación de servicios para la realización de exámenes médicos ocupacionales de ingreso, periódicos, de egreso y específicos según los riesgos laborales identificados, así como los procedimientos que sean requeridos por la EPS para la calificación del origen de eventos de salud relacionados con el trabajo, garantizando el cumplimiento de la normatividad vigente en seguridad y salud en el trabajo.

DESCRIPCIÓN DE LA COMPRA DE BIENES, SERVICIOS U OTRA ACTIVIDAD A LA QUE CORRESPONDE EL PAGO

DESCRIPCIÓN	SOPORTES O EVIDENCIAS DE CADA ACTIVIDAD	VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
1. Entregar al supervisor del contrato los certificados médicos de evaluaciones periódicas, de ingreso y/o de egreso con fotografía de las personas evaluadas; estos documentos se deben enviar de manera digital y en físico al día siguiente de su realización. Se incluirá el total de las personas evaluadas diariamente.	Certificado medico	Cumple
2. Realizar el análisis de puesto de trabajo con énfasis RIESGO Biomecánico con ángulos de movimiento y registro fotográfico para el segmento de miembros superiores.	No Aplica	Esta obligacion no se ejecutó en el presente pago
3. Entregar al supervisor del contrato, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la valoración médica ocupacional periódica y de ingreso, un informe general y específico sobre el estado actual de salud de los funcionarios, el cual deberá indicar de manera clara las alteraciones encontradas, los posibles factores de riesgos ocasionados por la labor o por la exposición al medio ambiente de trabajo que lo generan o agraven, las recomendaciones que se deben adoptar, el manejo preventivo y los programa de vigilancia epidemiológicos a los cuales se debe incluir a cada uno de los funcionarios. (En Físico y Magnético).	No Aplica	Esta obligacion no se ejecutó en el presente pago
4. Entregar base de datos digital, con la relación individual por trabajador con su diagnóstico y conducta específica a seguir. Es responsabilidad del proveedor digitar la información generada y mantenerla actualizada a disposición del INSOR.	No Aplica	Esta obligacion no se ejecutó en el presente pago
5. Mantener en reserva la información de los resultados obtenidos en los exámenes practicados.	certificación de custodia de historias laborales	El proveedor aporto certificación de custodia de historias laborales
6. Remitir al trabajador a la EPS para la atención que requiera, en caso de diagnosticar enfermedad común o profesional.	No Aplica	Esta obligacion no se ejecutó en el presente pago
7. Informar al funcionario el resultado de los exámenes practicados e incluidos los exámenes de laboratorio por correo electrónico.	Cumple	El proveedor informo al funcionario de los examenes practicados
8. Contar con la disponibilidad logística para realizar de manera masiva los exámenes de acuerdo con las fechas, disponibilidad y programación acordadas con el supervisor del contrato, para el cumplimiento del objeto contractual directamente en la Sede del INSOR.	No Aplica	Esta obligacion no se ejecutó en el presente pago
9. Garantizar que las IPS y profesionales que realizarán las evaluaciones médicas ocupacionales cuenten con la resolución vigente de habilitación y con licencias en salud ocupacional vigentes expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social.	Evaluación tecnica del proceso	Se verifico el cumplimiento de esta obligacion en la evaluacion del proceso contractual
10. Cumplir con la normatividad vigente relacionada a las evaluaciones médicas ocupacionales, entre otras la Resolución 2346 de 2007, Resolución 4502 de 2012 y Resolución 2003 de 2014 de conformidad con las actividades a desarrollar.	Certificado medico de la funcionaria	El provedor cumple con esta obligacion en la descripcion relacionada en cada certificado medico
11. Entregar los informes y análisis de puestos de trabajo por escrito, los estudios realizados y en caso de presentarse inconsistencias o de tener requerimientos de parte del supervisor, debe corregirlos con calidad.	No Aplica	Esta obligacion no se ejecutó en el presente pago
12. Entregar el análisis de puesto de trabajo deberá ser máximo a los siguientes treinta (30) días calendario después de realizada la respectiva visita del puesto de trabajo, el informe será entregado a la entidad en documento original (en físico, por correo electrónico o Software) y la relación de las mismas por medio electrónico.	No Aplica	Esta obligacion no se ejecutó en el presente pago
13. Entregar los informes y requerimientos establecidos para la prestación del servicio.	No Aplica	Esta obligacion no se ejecutó en el presente pago
14. Dar cumplimiento a la totalidad de especificaciones técnicas establecidos en el ANEXO 1. FICHA CONDICIONES TECNICAS, la cual hace parte integral del contrato.	Certificado medico por cada funcionario	El provedor cumple con esta obligacion en la descripcion relacionada en cada certificado medico
15. Presentar para la suscripción del acta de inicio las hojas de vida del equipo de trabajo con los documentos soporte de formación y experiencia exigida en el ANEXO 1. FICHA CONDICIONES TECNICAS.	Hojas de vida de los profesionales medicos	Para la suscripcion del acta de inicio el proveedor allegó las hojas de vida del equipo de trabajo las cuales reposan en el archivo de talento humano

INFORMACION DEL PAGO AUTORIZADO

FACTURA ELECTRÓNICA /CUENTA DE COBRO No.	FECHA DE EXPEDICIÓN	VALOR ANTES DE IVA	IVA	TOTAL A PAGAR

F03 C 42902	30/12/2025		84.900,00	-	84.900,00

No. De Registro Presupuestal/RP	Valor RP	Valor de los pagos efectuados en periodos anteriores	Saldo RP	Informe Financiero ejecutado	
24825	10.870.496,00	6.902.500,00	3.967.996,00	VALOR TOTAL	10.870.496,00
	-	-	-	Menos VALOR ANTICIPOS GIRADOS	-
	-	-	-	Menos VALORES PAGADOS PERIODOS ANTERIORES	6.902.500,00
	-	-	-	Menos VALOR A PAGAR EN ESTE PERIODO	84.900,00
	-	-	-	Más VALOR ADICIONES DEL CONTRATO	-
	-	-	-	Menos VALOR REDUCCIONES DEL CONTRATO	3.883.096,00
	-	-	-	SALDO	-
				PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

DOCUMENTOS ENTREGADOS					
Factura Electrónica (Gran Contribuyente - Responsable de IVA - Regimen simple de tributación)	SI	Listado de examenes practicados	SI	Certificación de pago de parafiscales (personas jurídicas)	Si

AUTORIZACION DE PAGO POR PARTE DEL SUPERVISOR		
VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	84.900,00
	IVA	-
	Valor total	84.900,00
VALOR EN LETRAS	Ochenta y Cuatro Mil Novecientos Pesos M/Cte	

CERTIFICACIONES DEL SUPERVISOR:

1. En calidad de supervisor del contrato/orden de compra y otros anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción sus obligaciones, de acuerdo con lo establecido en el contrato, mediante el desarrollo de las actividades relacionadas en la descripción que constituye el soporte para el pago. Así mismo, se ha verificado que el contratista ha cumplido con las condiciones establecidas en la cláusula de forma de pago para trámitar el pago se autoriza mediante este documento. El cumplimiento fue verificado en ejercicio de la supervisión, con base en las evidencias o soportes respectivos que hacen parte integral de este informe, lo anterior, de conformidad con lo establecido en el artículo 83 y 84 de la Ley 1474/2011 y el inciso final del numeral 6. del Manual de Interventoría y Supervisión. SI_X__

2. En calidad de supervisor del contrato/órden de compra y/o otros, certifico que se verificó la entrega de los soportes de cumplimiento de aportes al sistema de seguridad social por parte del contratista (los soportes acreditan afiliación y pago), y que se observa que el Contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social, conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, decreto 723 de 2013 y demás normas que regulen la materia. Como medida adicional y complementaria de prevención, en armonía con el último inciso del numeral 6 del Manual de Interventoría y Supervisión, manifiesto que como supervisor, de forma exporádica y aleatoria, realizo validaciones para corroborar la afiliación y los aportes, esto sin perjuicio de la responsabilidad directa y exclusiva que el contratista tiene por la veracidad, completitud y consistencia de los soportes que aporta como evidencia de cumplimeinto de sus obligaciones con el sistema de seguridad soscial integral. SI_X___

3. En caso de tratarse de un contrato que incluya equipo de trabajo, se ha procedido a verificar el cumplimiento de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Intergal, en lo que respecta especificamente a dicho equipo de trabajo. SI__X__ NO APLICA___

OBSERVACIONES ADICIONALES:

JOHANA M. CAMARGO F

Claudia Patricia Tellez J

FIRMA DEL SUPERVISOR	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
NOMBRE DEL SUPERVISOR: JOHANA MARCELA CAMARGO FANDIÑO	NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: CLAUDIA PATRICIA TELLEZ JIMENEZ
CARGO: COORDINADORA TALENTO HUMANO	C.C: 51.974.999
C.C: 1020741493 Correo electrónico: johana.camargo@insor.gov.co	Correo electrónico: gerenciacomercial@controlarsalud.com

CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S

NIT : 830,103,479 - 8
CRA 45 A 94 91
BOGOTA - COLOMBIA
7420428 7420428
facturaelectronicaproveedores@controlarsalud.com
No responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica 8621 Tarifa 9,66

Cliente	INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS		
NIT	860,016,627 - 8 /Id. Extranjero :.	**Teléfono**	6014391221
Dirección	CR 89 A 64 C 30	**Vendedor**	CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS
Ciudad	BOGOTA - COLOMBIA	**Centro Costo**	1
Correo	tesoreria@insor.gov.co		

FACTURA ELECTRÓNICA VENTA
F03
C 42902

Fecha y Hora de Factura

Generación	2025-12-30	10:58:38
Expedición	2025-12-30	11:04:05
Vencimiento	2026-03-01	

Item	Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
1	0010001890202	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL		1.00	18,900.00	18,900.00
2	0010002890207	OPTOMETRIA		1.00	17,500.00	17,500.00
3	0020001903817	PERFIL LIPIDICO		1.00	38,000.00	38,000.00
4	0020001903841	GLICEMIA		1.00	10,500.00	10,500.00

Total Items 4

Total Bruto	84,900.00
Total a Pagar	**$ 84.900,00**

CONDICION DE PAGO

Credito Personas Juridicas Transferencia Crédito Cuota 1 F - 003- 42902 Vence el 2026-03-01 84.900,00

VALOR EN LETRAS

Ochenta Y Cuatro Mil Novecientos Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

PACIENTE LU ALEJANDRA BARBOSA TARAZONA

Firma Elaborado por : ANGIE MARCELA G

Firma Recibido

DESPUES DE 48 HORAS DE RECIBIDO ELECTRONICAMENTE NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES PARCIALES O TOTALES - FAVOR REALIZAR EL PAGO BANCO DAVIVIENDA CUENTA CORRIENTE 004469999603 A NOMBRE DE CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S CON NIT 830.103.479-8 , ENVIAR SOPORTE DE PAGO AL CORREO DE contabilidad@controlarsalud.com

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Resolución y/o Autorización de facturación No.** 18764098058201 **aprobado en** 2025-09-02 **hasta el** 2026-09-02, **vigencia** 1 Años, **prefijo** C **desde el número** 40583 **al** 50000

CUFE :660d48c4682b321798d2cd94ac63d9d4378049a3335082e37b1713d3401051fc2812dbb5b9664a170a775622c7e7c44e

ORIGINAL

Fabricante del Software: Siigo S.A.S - Nit: 830.048.145-8, Nombre del Software: Siigo Pyme. Proveedor tecnológico: Siigo S.A.S - Nit: 830.048.145-8

Controlar SALUD INTEGRAL S.A.S	LISTADO DE PACIENTES	**Código** FC - 2016 **Versión** 1 **Fecha Aprobación**

NOMBRE DE LA EMPRESA: INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS
NIT: 860016627-8
PERIODO FACTURADO: DICIEMBRE
FECHA DE ELABORACION DE LISTADO: 30/12/2025

No	FECHA	CIUDAD	TIPO	TIPO ID	CEDULA	1er APELLIDO	2do APELLIDO	1er NOMBRE	2do NOMBRE	EMO	OPT	PL	GLIS	REC LAB
1	29/12/2025	BOGOTA	PREOCUPACIONAL	CC	1032362298	BARBOSA	TARAZONA	LUZ	ALEJANDRA	1	1	1	1	
TOTAL										1	1	1	1	0

CANT	EXAMENES	VALOR UNITARIO	TOTAL
1	Examen medico Ocupacional Periodico	$ 18.900	$ 18.900
1	Optometria	$ 17.500	$ 17.500
1	Perfil Lipidico	$ 38.000	$ 38.000
1	Glisemia	$ 10.500	$ 10.500
TOTAL		$	84.900

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830103479
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 45 A 94 91	TELÉFONO:	7420428
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	11 - TODOS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7998737847**		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/01/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2078583791

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 236.900
8002248088	230301	230301-PORVENIR	2	$ 503.800
		SUBTOTAL:	3	**$ 740.700**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 57.000
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 71.300
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 57.000
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	3	$ 185.300
		SUBTOTAL:	6	**$ 370.600**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	6	$ 370.600
		SUBTOTAL:	6	**$ 370.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	6	$ 96.900
		SUBTOTAL:	6	**$ 96.900**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.578.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.578.800**

Vilma Lucia Bello M
Contador Público
Universidad Externado de Colombia

C E R T I F I C A C I O N

En mi condición de Revisor Fiscal de CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS identificada con Nit 830.103.479-8 debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Bogotá de conformidad con lo establecido para tal efecto en la Ley 43 de 1990, me permito certificar que he auditado de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, con el propósito de verificar el pago efectuado por concepto de los aportes correspondientes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), para lo cual, me permito certificar el pago de los siguientes aportes, los cuales forman parte de dichos estados financieros y corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante el mes enero de 2026, correspondiendo a la cotización de diciembre 2025-enero 2026. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, puedo certificar que se encuentra al día por todo concepto relacionado con dichos aportes.

APORTE	
MES DE PAGO	DICIEMBRE2025-ENERO2026
Sistema de Seguridad Social:	370.600
Salud	
Riesgos profesionales	96.900
Pensiones	740.700
Aportes Parafiscales:	370.600
Cajas de Compensación Familiar	
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF	NA
Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA	NA

Dada en _Bogotá_, a los treinta y un (28) días del mes de _enero_ de 2026

VILMA LUCIA BELLO MATEUS
C.C. 51.558.853 de Bogotá
TP 26465-T

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830103479
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 45 A 94 91	TELÉFONO:	7420428
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	11 - TODOS
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6003283658**		TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/02/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		67185183

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 320.000
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 361.600
		SUBTOTAL:	2	**$ 681.600**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 71.300
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 70.100
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 70.100
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	2	$ 170.400
		SUBTOTAL:	5	**$ 381.900**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	5	$ 381.900
		SUBTOTAL:	5	**$ 381.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	5	$ 99.700
		SUBTOTAL:	5	**$ 99.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.545.100**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.545.100**

Vilma Lucia Bello M
Contador Público
Universidad Externado de Colombia

C E R T I F I C A C I O N

En mi condición de Revisor Fiscal de CONTROLAR SALUD INTEGRAL SAS identificada con Nit 830.103.479-8 debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Bogotá de conformidad con lo establecido para tal efecto en la Ley 43 de 1990, me permito certificar que he auditado de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, con el propósito de verificar el pago efectuado por concepto de los aportes correspondientes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), para lo cual, me permito certificar el pago de los siguientes aportes, los cuales forman parte de dichos estados financieros y corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante el mes FEBRERO de 2026, correspondiendo a la cotización de ENERO-FEBRERO 2026. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, puedo certificar que se encuentra al día por todo concepto relacionado con dichos aportes.

APORTE	
MES DE PAGO	ENERO-FEBRERO 2026
Sistema de Seguridad Social:	381.900
Salud	
Riesgos profesionales	99.700
Pensiones	681.600
Aportes Parafiscales:	381.900
Cajas de Compensación Familiar	
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF	NA
Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA	NA

Dada en Bogotá, a los diez y nueve (19) días del mes de febrero de 2026

VILMA LUCIA BELLO MATEUS
C.C. 51.558.853 de Bogotá
TP 26465-T