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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato No.** | ADRES-CPS-600-2026 | | |
| **Nombre del Contratista y/o Representante Legal** | YUDY ASTRID RIAÑO | | |
| **Nombre del Supervisor y/o Interventor** | OSCAR MAURICIO VANEGAS VARGAS | **Teléfono / Extensión** | 6014322760 |
| **Dependencia** | Dirección de Gestión de Tecnología de Información y Comunicaciones | | |
| **Objeto del Contrato** | Prestar servicios profesionales orientados al análisis de requerimientos y la elaboración de casos de prueba necesarios para el diseño, desarrollo, implementación y puesta en marcha de los Sistemas de Información de la Entidad.ID-036-DGTIC. | | |
| **Fecha de Inicio** | 30/01/2026 | **Fecha de Terminación** | 29/09/2026 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo del Informe de Actividades** | **Desde** | 1/02/2026 | **Hasta** | 28/02/2026 |
| **Adición y/o Prórroga** | Si aplica | | | |
| **Suspensión** | No aplica | | | |
| **Cesión** | No aplica | | | |

**INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES** [i]

| | 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. | Se participaron y desarrollaron diversas reuniones técnicas, funcionales y de seguimiento relacionadas con el proyecto SIA y sus componentes asociados (radicador, auditoría, microservicios, QA e integraciones).<br><br>Las actividades realizadas estuvieron orientadas a la presentación y alineación del equipo de desarrollo, sesiones de inducción, revisiones de estado del proyecto, validación de documentación, revisión de mockups, socialización de historias de usuario, | Los soportes se encuentran en la carpeta Obligación 1:<br><br>1. [SIA] Inducción SIA 03/02/2026<br>2. [SIA] Revisión Status QA para proyecto SIA 03/02/2026<br>3. Validación Documentación HU Blend360 04/02/2026<br>4. Revisión Mockups SIA 04/02/2026<br>5. [SIA] Socialización FUR Servicios – Urgente 05/02/2026 | Ninguno hasta el momento. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | definición de flujos funcionales, seguimiento a microservicios y espacios de coordinación diaria (Daily). | 6. SIA- Presentación flujo radicación y auditoría 09/02/2026<br>7. Definición: Transición SIA – SIIECAT 09/02/2026<br>8. Revisión guardado en Furpen 09/02/2026<br>9. 260209 - REVISION MOCKUPS E HU- VRM 09/02/2026<br>10. Microservicios Blend 10/02/2026<br>11. Daily SIA 11/02/2026<br>12. Revisión: Generación de Certificado de Pago/Modelo de datos 11/02/2026<br>13. Socialización de HU trasversales 11/02/2026<br>14. Daily SIA 12/02/2026<br>15. Daily SIA 16/02/2026<br>16. Sesión de entendimiento integración 26/02/2026<br>17. Daily SIA 17/02/2026<br>18. SIA- Authenticacion del trámite persona jurídica 17/02/2026<br>19. SIA-ANALISTAS DE REQUERIMIENTO SEGUIMIENTOS 18/02/2026<br>20. [SIA] Interno - Socialización Casos Prueba Radicación con Analítica<br>21. SIA-Inquietudes servicio de Esteban 19/02/2026<br>22. Radicador SIA 19/02/2026<br>23. 24. [SIA] Socialización Plan Pruebas QA – Radicador 20/02/2026<br>24. Revisión HU técnica 1 y 3 23/02/2026 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 25. Entrega de microservicios 23/022026<br>26. Daily 24/02/2026<br>27. Servicio blend 24/02/2026<br>28. Daily 25/02/2026<br>29. SIA-CAPACITACION PROCESO DE RADICACIÓN 25/02/2026<br>30. Inquietudes Reglas Soportes 26/02/2026<br>31. Presentación mockups SGA-SIA 26/02/2026 | |
| 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 Dirección de Gestión de Tecnología de Información y Comunicaciones - DGTIC. | En el periodo reportado no se realizaron actividades para esta obligación. | **N/A** | 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 Dirección de Gestión de Tecnología de Información y Comunicaciones - DGTIC y con los lineamientos definidos por esta. | se realizaron actividades orientadas al ajuste, revisión y fortalecimiento de historias de usuario asociadas al proceso de radicación para persona jurídica y al sistema gestor de reclamaciones.<br><br>En primer lugar, se efectuó el ajuste y actualización de las historias de usuario correspondientes al módulo de radicador, garantizando coherencia funcional, claridad en los criterios de aceptación y alineación con el flujo del trámite.<br><br>Posteriormente, se realizó la revisión técnica y | Los soportes se encuentran en la carpeta Obligación 3:<br><br>1. Realizar el ajuste de las historias de usuario de radicador.<br><br>• hu-sia-gc-radicacionpj-001 Inicio y Autenticación<br>• hu-sia-gc-radicacionpj-002 Portada<br>• hu-sia-gc-radicacionpj-007 Procesan mi solicitud - Vista de Radicación.<br>• hu-sia-gc-radicacionpj-009 Procesan mi solicitud - Correo notificación radicación<br>• hu-sia-gc-radicacionpj-011-Area de servicio V2 | Ninguno hasta el momento. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | funcional de las historias de usuario asociadas al sistema gestor de reclamaciones, generando observaciones orientadas a su mejora, fortalecimiento de alcance, claridad en reglas de negocio y validaciones, con el fin de avanzar hacia su aprobación. | 2. Revisión de historias de usuario de gestor de reclamaciones y observaciones para mejorar y aprobar.<br>• HU001 - Sistema Gestor de Auditorias Rol Director [20]<br>• HU-002 Rol Supervisor<br>• HU-003 Rol Auditor | |
| 4 | Elaborar el plan de pruebas asignado con el objetivo de evaluar el funcionamiento adecuado de los desarrollos, conforme a las historias de usuario definidas. Asimismo, incorporar en este proceso la identificación y definición de los criterios de calidad (QA), asegurando su integración en el plan de pruebas, con el propósito de validar el cumplimiento de los estándares y requisitos establecidos para cada funcionalidad. | En el periodo reportado no se realizaron actividades para esta obligación. | **N/A** | Ninguno hasta el momento. |
| 5 | Ejecutar los planes de pruebas definidos, asegurando su alineación con los requisitos establecidos por las áreas funcionales de la ADRES. La documentación generada deberá ser gestionada en la plataforma designada por la Dirección de Gestión de Tecnología de Información y Comunicaciones - DGTIC. | En el periodo reportado no se realizaron actividades para esta obligación. | **N/A** | Ninguno hasta el momento. |
| 6 | Verifica que los entregables cumplan con las especificaciones funcionales, de seguridad y calidad según la documentación y el cronograma del proyecto. | En el periodo reportado no se realizaron actividades para esta obligación. | **N/A** | Ninguno hasta el momento. |
| 7 | Documentar y transferir el conocimiento generado durante la ejecución de los proyectos asignados, | En el periodo reportado no se realizaron actividades para esta obligación. | **N/A** | Ninguno hasta el momento. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | incluyendo lecciones aprendidas, mejores prácticas y recomendaciones para la entidad. | | | |
| 8 | Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le designe la Dirección de Gestión de Tecnología de Información y Comunicaciones - DGTIC. | se participó en espacios institucionales, administrativos y de fortalecimiento organizacional, orientados a la articulación del equipo, alineación estratégica y desarrollo integral. | Los soportes se encuentran en la carpeta Obligación 8:<br>1. SIA Presentación equipo Desarrollo 02/02/2026<br>2. 600-2026-Yudy.Riano 12/02/2026<br>3. Reunión analistas 13/02/2026<br>4. Taller Manejo de Emociones 18/02/2026<br>5. Café: Socialización del PAIA 2026 19/02/2026<br>6. Cargue de formato de confidencialidad en secop.<br>7. 600-2026-Yudy.Riano 25/02/2026<br>8. Cargue de formato de riesgos Febrero 2026 | Ninguno hasta el momento. |

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\2026\ADRES-CPS-600-2025–YUDY.RIAÑO\3. Pagos\02\Entregables\Febrero**, 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 R.
**YUDY ASTRID RIAÑO**
**Fecha:** 1/03/2026

**BALANCE ECONÓMICO**

| Valor Total Contrato (Inicial + Adición) | Valor Pagado | Valor a Pagar | Saldo Liberado | Saldo por Pagar |
|---|---|---|---|---|
| COP 67.581.360,00 | COP 281.589,00 | COP 8.447.670,00 | 0,00 COP | COP 58.570.512,00 |

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de OCHO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS SETENTA PESOS ($8.447.670,00) M/CTE.

| PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES<br>Mes de ejecución contractual | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CONCEPTO** | **PLANILLA No.** | **VALOR** | **PERIODO** | **FECHA DE PAGO** |

| | | | DESDE | HASTA | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Salud** | 64241902 | $422.500 | 01/02/2026 | 28/02/2026 | 05/03/2026 |
| **Pensión** | 64241902 | $540.800 | 01/02/2026 | 28/02/2026 | 05/03/2026 |
| **ARL** | 64241902 | $17.700 | 01/02/2026 | 28/02/2026 | 05/03/2026 |

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:

1. 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.

2. 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.

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.<br>2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad.<br>3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido).<br>4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común.<br>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<br>5. En caso de primer pago debe aportar:<br>a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente. |

**En constancia, firmo:**

OSCAR MAURICIO VANEGAS VARGAS
Supervisor (es)/Interventor (es)

**En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectué la aprobación respectiva en la plataforma de SECOP II.**

**Lugar y Fecha: Bogotá, D. C.,** 1/03/2026

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

EPS

sura

# 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 | 207 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 52 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **16/01/2026**

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

# 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 distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 16 de enero de 2026.

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:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141145659028

(415)7707212489984(8020) 000014114565902 8

| 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 | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 1 2 3 3 3 8 2 3 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 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 |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 85 B 58 C 53 SUR BRR BOSA LA FLORIDA

42. Correo electrónico: yudyr870@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 0 4 0 8 2 5 9 4 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 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 ordinar

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 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

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.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RIAÑO RIAÑO YUDY ASTRID

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA**
**PERSONAS NATURALES**
**AÑO 2026**

Bogotá D.C., 02 de Marzo de 2026

| 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-600-2026
Durante el año gravable 2024 fue declarante de renta SI ☒ NO ☐

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2026 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 | MARÍA EDILCE RIAÑO FERNANDEZ | MADRE |
| | | | |
| | | | |

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

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

ADRES

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA**
**PERSONAS NATURALES**
**AÑO 2026**

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.

Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge XXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXX no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

3. 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 2026; 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.

4. 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.

5. 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.

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

_____

ADRES

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA**
**PERSONAS NATURALES**
**AÑO 2026**

6. Declaro que consigné a Medicina prepagada, servicios complementarios de salud, la suma de ($1.768.929), que no supera las 16 UVT mensuales

7. 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)

8. 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.

Atentamente,

Yudy Astrid Riaño R.

Firma:
Yudy Astrid Riaño Riaño
Cédula de ciudadanía No. 1.012.333.823 de Bogotá
Bogotá D.C., 02 de Marzo 2026

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1012333823 | YUDY ASTRID RIAÑO RIAÑO | Carrera 85B # 58C - 53 sur | 3204082594 | yudyr870@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) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 64241902 | 05/03/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-02 | 2026-02 | I | $0 | $981.000 | |

## 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 | 422.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 422.500 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 540.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 540.800 | 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 | 17.700 | | | | 17.700 | 0 | 0 | 17.700 | | | 177 | 17.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | 422.500 | 422.500 |
| Pensión | 1 | 540.800 | 540.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 17.700 | 17.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 981.000 | 981.000 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1012333823 | YUDY ASTRID RIAÑO RIAÑO | Carrera 85B # 58C - 53 sur | 3204082594 | yudyr870@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) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 64241902 | 05/03/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-02 | 2026-02 | I | $0 | $981.000 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1012333823 | RIAÑO RIAÑO YUDY ASTRID | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 3.380.000 | 30 | 540.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 3.380.000 | 30 | 422.500 | 14-23 | 3.380.000 | 30 | 1 | 17.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

**CIUDAD:** Bogotá
**FECHA:** 02/03/2026

## 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 X** **NIT** No. 1.012.333.823 de Bogotá

**CONTRATO No.:** 600 DE 2026

**OBJETO**: **Prestar servicios profesionales orientados al análisis de requerimientos y la elaboración de casos de prueba necesarios para el diseño, desarrollo, implementación y puesta en marcha de los Sistemas de Información de la Entidad ID-036-DGTIC**

**PERIODO COMPRENDIDO DESDE:** 01/02/2026 **HASTA:** 28/02/2026

**LA SUMA DE:** OCHO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE ($8.447.670,00)

**POR CONCEPTO DE** Honorarios

**DIRECCIÓN:** CARRERA 85B # 58C 53 SUR
**TELÉFONO:** 3204082594

**FIRMA** Yudy Astrid Riaño R.

CC: 1.012.333.823

YUDY ASTRID RIAÑO RIAÑO