



|                        |  |  |               |
|------------------------|--|--|---------------|
| <b>CEDULA</b>          | <b>1037616648</b>                              |  |               |
| <b>NOMBRE</b>          | <b>ELIANNY MARIA MORENO MENA</b>               |  |               |
|                        | <b>TERCERA (3) CUENTA DE COBRO EN ADELANTE</b> |  |               |
| <b>ITEMS</b>           | <b>MES DE LA CUENTA<br/>ABRIL</b>              | <b>DOCUMENTACION<br/>REQUERIDA</b>                           | <b>CUMPLE</b> |
| 1                      | FOLIO  | CERTIFICADO DE SUPERVISOR                                    |               |
| 2                      | FOLIO  | FORMATO DE CUENTA  |               |
| 3                      | FOLIO  | ACTA DE INICIO   |               |
| 4                      | FOLIO  | RP   |               |
| 5                      | FOLIOS   | SEGURIDAD SOCIAL   |               |
| 6                      | FOLIO  | PANTALLAZO DEL SECOP-EVIDENCIA DE LA CUENTA CON MES A COBRAR |               |
| <b>TOTAL DE FOLIOS</b> |  |  |               |

**GENERAL**

| <b>FECHA</b> | <b>HORA</b> | <b>ENTREGO</b> | <b>RECIBIO</b> | <b>NUMERO DE RESOLUCION</b> |
|--------------|-------------|----------------|----------------|-----------------------------|
|              |             |                |                |                             |

**CONTABILIDAD**

| <b>FECHA</b> | <b>HORA</b> | <b>ENTREGO</b> | <b>RECIBIO</b> |
|--------------|-------------|----------------|----------------|
|              |             |                |                |



LA PROFESIONAL UNIVERSITARIO-COD-219-GRADO 07 DE LA SECRETARIA  
GENERAL DE LA GOBERNACIÓN DEL CHOCÓ.

CERTIFICA QUE:

La señora **ELIANNY MARIA MORENO MENA**, identificada con número de cedula de ciudadanía **1.037.616.648**, viene cumpliendo a cabalidad con las obligaciones estipuladas en el contrato de prestación de servicios **CD-PS-GDCH-320-2026** De un(a) Abogado, según el informe de actividades comprendido del **1 al 30 de abril del 2026**

**LUCELY MARTÍNEZ MURILLO**  
Supervisor del contrato

|         | Nombre                            | Firma |
|---------|-----------------------------------|-------|
| Elaboró | Frank Hinestroza- Contratista GTH |       |
| Revisó  | Ligia Nareth Serna- contratista   |       |

**CUENTA DE COBRO**  
**LA GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCO**  
**CON**  
**NIT: 891.680.010-3**  
**DEBE A:**

|                      |                           |         |          |
|----------------------|---------------------------|---------|----------|
| SECRETARIA / OFICINA | <b>SECRETARIA GENERAL</b> | PAGO N° | <b>3</b> |
|----------------------|---------------------------|---------|----------|

| PERIODO DE COBRO                     |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Desde: <b>del 1 De Abril de 2026</b> | Hasta: <b>al 30 de Abril de 2026</b> |

| 1. INFORMACION BASICA DEL CONTRATISTA |                           |                   |   |
|---------------------------------------|---------------------------|-------------------|---|
| NOMBRE                                | ELIANNY MARIA MORENO MENA |                   |   |
| C.C o NIT                             | 1037616648                |                   |   |
| ACTIVIDAD ECONOMICA RUT               | 6910                      | TIPO DE ACTIVIDAD | NO RESPONSABLE DE DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS - IVA |

| 2. INFORMACION DEL CONTRATO /RAZON DEL COBRO |   |
|--|---|
| POR CONCEPTO DE:                             | <b>PAGO POR PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ABOGADO QUE SIRVA DE APOYO EN LA SECRETARIA GENERAL DE LA GOBERNACIÓN DEL CHOCÓ</b> |

| AMPARADO EN:   |            |           |             |          |             |
|----------------|------------|-----------|-------------|----------|-------------|
| CONTRATO NO.   | <b>320</b> | CDP N°    | <b>1307</b> | RP N°    | <b>1787</b> |
| FECHA CONTRATO | 30/01/2026 | FECHA CDP | 26/01/2026  | FECHA RP | 30/01/2026  |

| 3. INFORMACION FINANCIERA |   |                |        |                  |             |
|---------------------------|---|----------------|--------|------------------|-------------|
| VALOR A PAGAR EN LETRAS   | <b>TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE</b> |                |        |                  |             |
| VALOR A PAGAR EN NUMERO   | <b>\$ 3.200.000</b>                             |                |        |                  |             |
| ENTIDAD BANCARIA          | BANCOLOMBIA                                     | TIPO DE CUENTA | AHORRO | NÚMERO DE CUENTA | 31083677841 |

|           |                                  |
|-----------|----------------------------------|
| FIRMA     | <i>Elianny y Moreno</i>          |
| NOMBRE    | ELIANNY MARIA MORENO MENA        |
| C.C       | 1037616648                       |
| DIRECCIÓN | BARRIO NIÑO JESUS/ LOS ALMENDROS |
| CELULAR   | 3142320699                       |

**NOTA:** Declaro bajo juramento en esta cuenta de cobro que no enfrentaré costos y gastos a mis rentas de trabajo al final del año: esto para efectos de que el departamento de contabilidad practiqué la retención en la fuente con base en el artículo 383 del ET, adicionalmente manifiesto que, en el pago de seguridad social adjunta, he incluido como IBC (ingreso base de cotización) el 40% de los ingresos. (cuando haya lugar a ello).



MACROPROCESO: GESTIÓN DE APOYO

PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL

PROCEDIMIENTO: PRODUCCIÓN DOCUMENTAL

FORMATO INFORME MENSUAL  
CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES  
PRESTACIÓN DE SERVICIOSCódigo: GDS.FT.004  
Versión: 04  
Fecha: 14 de marzo de 2024Gobernación  
del **Chocó**

|                       |                    |          |   |               |                  |
|-----------------------|--------------------|----------|---|---------------|------------------|
| 2Secretaría / Oficina | SECRETARIA GENERAL | Pago No. | 3 | Fecha Informe | 30 de Abril 2026 |
|-----------------------|--------------------|----------|---|---------------|------------------|

**1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR**

|                           |                           |             |            |  |  |
|---------------------------|---------------------------|-------------|------------|--|--|
| Nombres y Apellidos       | ELIANNY MARIA MORENO MENA |             |            |  |  |
| Tipo y No. Identificación | 1037616648                | No. Celular | 3142320699 |  |  |
| Correo Electrónico        |                           |             |            |  |  |

**2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO**

|                              |   |                                       |            |                              |            |
|------------------------------|---|---------------------------------------|------------|------------------------------|------------|
| Objeto del Contrato/Convenio | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ABOGADO QUE SIRVA DE APOYO EN LA SECRETARIA GENERAL DE LA GOBERNACIÓN DEL CHOCÓ |                                       |            |                              |            |
| Contrato/Convenio No.        | 320   | CDP No.                               | 1307       | RP No.                       | 1787       |
| Fecha de Suscripción         | 30-01-2026  | Fecha de Iniciación                   | 02-02-2026 | Fecha de Terminación         | 01-05-2026 |
| Plazo de Ejecución           | 3 meses   | Período a Pagar:                      |            | Del 1 al 30 de ABRIL de 2026 |            |
| Póliza No.                   | N/A   | No. Planilla Aportes Salud y Pensión: |            |                              |            |

**3. INFORMACION FINANCIERA**

| Pago/Desembolso No. 1  | Pago/Desembolso No. 2 | Pago/Desembolso No. 3 | Pago/Desembolso No. 4  | Pago/Desembolso No. 5  | Pago/Desembolso No. 6  |
|--|-----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| \$ 3.093.333   | \$3.200.000           | \$                    | \$                     | \$                     | \$                     |
| Pago/Desembolso No. 7  | Pago/Desembolso No. 8 | Pago/Desembolso No. 9 | Pago/Desembolso No. 10 | Pago/Desembolso No. 11 | Pago/Desembolso No. 12 |
| \$   | \$                    | \$                    | \$                     | \$                     | \$                     |
| Valor total Contrato/Convenio  | \$9.600.000           |                       | Valor total pagado     | \$ 6.293.333           |                        |
| Valor Autorizado a Pagar (en letras): TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE |                       |                       |                        |                        |                        |
| Valor Autorizado a Pagar (en números)  |                       |                       | \$ 3.200.000           |                        |                        |
| Avance Físico (%)  | 98.8%                 |                       | Avance Financiero (%)  | 65.5%                  |                        |

**4. ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL MES**

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO   | ACCIONES  |
|---|---|
| 1.. Brindar asesoramiento legal en temas relacionados con la vinculación, permanencia y retiro de servidores públicos.  | Se brindo el asesoramiento legal en temas relacionados con la vinculación, permanencia y retiro de servidores públicos según la normatividad aplicable, decretos y lineamientos de la función pública   |
| 2. Apoyar en la revisión y emitir conceptos jurídicos sobre normativas laborales y administrativas aplicables al talento humano   | Se dió el debido apoyo en la revisión y la emisión de los conceptos jurídicos necesarios en cuanto a las normativas laborales y administrativas vigentes según los casos concretos  |
| 3. Servir de apoyo en la revisión y sustentación de actos administrativos relacionados con nombramientos, encargos, traslados, licencias, sanciones disciplinarias y demás asuntos del área | Se apoyó de manera oportuna en la revisión de actos administrativos relacionados con nombramientos, encargos, traslados, licencias, sanciones disciplinarias y demás asuntos del objeto contractual y demás con el fin de conseguir el correcto ejercicio de la función pública |



MACROPROCESO: GESTIÓN DE APOYO

PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL

PROCEDIMIENTO: PRODUCCIÓN DOCUMENTAL

FORMATO INFORME MENSUAL  
CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS


Código: GDS.FT.004  
Versión: 04  
Fecha: 14 de marzo de 2024

Gobernación  
del **Chocó**

|   |  |
|---|--|
| 4. Garantizar que los actos administrativos cumplan con la normativa vigente y sean debidamente soportados                                    | Se garantizo que los actos administrativos cumplieran con la normativa vigente, fueran soportados y motivados en debida forma  |
| 5. Apoyar en el seguimiento a procesos disciplinarios internos, asegurando el debido proceso.   | Apoye en el seguimiento a procesos disciplinarios internos, asegurando que todas las actuaciones fueran en pro del debido proceso como principio constitucional                                  |
| 6. Apoyar en los requerimientos judiciales y administrativos relacionados con la situación laboral de los funcionarios.                       | Preste apoyo en cada uno de los requerimientos judiciales y administrativos relacionados con la situación laboral de los funcionarios siguiendo los lineamientos del empleo público y su función |
| 7. Mantener actualizada la normatividad en materia de derecho laboral, disciplinario y administrativo.  | Se velo por la correcta actualización de la normatividad en materia de derecho laboral, disciplinario y administrativo en concordancia con las normas constitucionales                           |
| 8. Participar en la propuesta de mejoras en los procedimientos internos para garantizar el cumplimiento de las leyes y reglamentos aplicables | Participe en las propuestas para mejoras en los procedimientos internos y así poder garantizar el cumplimiento de las leyes y reglamentos aplicables según cada caso o situación en concreto     |
| 9. Las demás inherentes al objeto contractual que determine el supervisor del contrato  | Se realizaron todas las demás actividades del objeto contractual desde el área a la cual estoy adscrita con el fin de dar una ejecución efectiva al contrato                                     |

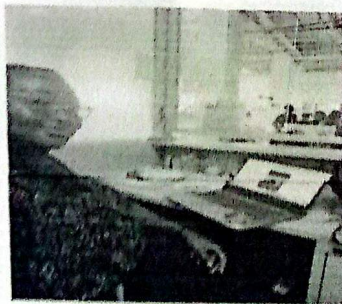
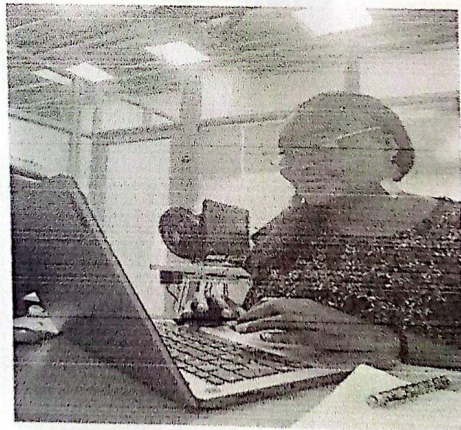
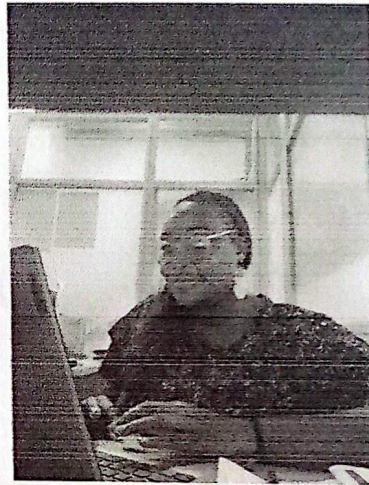
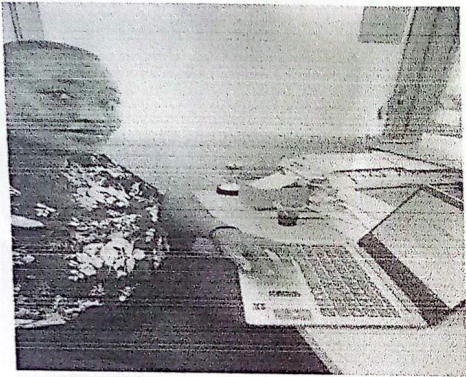
*Elianny Muñoz*  
Firma Contratista

*NB Yamileth Rojas*

|  |  |   |                                  |
|--|--|---|----------------------------------|
|  | MACROPROCESO: GESTIÓN DE APOYO   |   | <b>Gobernación<br/>del Chocó</b> |
|  | PROCESO: GESTIÓN DOCUMENTAL  |   |                                  |
|  | PROCEDIMIENTO: PRODUCCIÓN DOCUMENTAL   |   |                                  |
|  | FORMATO INFORME MENSUAL<br>CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES<br>PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Código: GDS.FT.004<br>Versión: 04<br>Fecha: 14 de marzo de 2024 |                                  |

NOTA: Se deben adjuntar las evidencias o anexos que soporten lo descrito en el presente formato.

**Tramite de cuentas gobernación del choco**





|                               |                             |  |
|-------------------------------|-----------------------------|--|
| MACROPROCESO GESTIÓN DE APOYO |                             | Gobernación del Chocó  |
| PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL  |                             |  |
| PROCEDIMIENTO CONTRACTUAL     | INTERVENTORIA Y SUPERVISIÓN |  |
| FORMATO DE ACTA DE INICIO     |                             |  |
|                               |                             | Código GCO FT 003<br>Versión: 02<br>Fecha 04 de septiembre de 2024 |

| INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO |  |                        |               |
|----------------------------------|--|------------------------|---------------|
| Clase de Contrato:               | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN  |                        |               |
| No de Contrato:                  | CD-PS-GDCH-320   | Fecha de Suscripción:  | 30/01/2026    |
| Contratante:                     | GOBERNACIÓN DEL CHOCÓ  | NIT:                   | 891.680.010-3 |
| Contratista:                     | ELIANNY MARIA MORENO MENA  | No. de Identificación: | 1.037.616.648 |
| Objeto del Contrato:             | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ABOGADO QUE SIRVA DE APOYO EN LA SECRETARIA GENERAL DE LA GOBERNACIÓN DEL CHOCÓ. |                        |               |
| Valor del Contrato:              | NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS (\$9.600.000) MCTE.   |                        |               |
| Plazo                            | TRES (03) MESES, SIN EXCEDER DEL 31 DE DICIEMBRE DEL 2026  |                        |               |
| Fecha de Inicio:                 | 02-02-2026   |                        |               |
| Fecha de Terminación:            | 01-05-2026   |                        |               |

En la ciudad de Quibdó, en el Despacho del Secretario General se reunieron: La Dra. Lucely Martínez Murillo, en su calidad de Profesional Universitario grado 7, quien actúa como supervisora designada del contrato de la referencia, y La Sra. Elianny María Moreno Mena, con C.C. No. 1.037.616.648, en su calidad de contratista, con el fin de iniciar la ejecución del contrato en mención.

Se deja constancia que las erogaciones que el Contratante efectúe para el pago del valor del presente contrato de prestación de servicios profesionales se harán con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 1307 del 26 de enero de 2026 y Registro Presupuestal No. 1787 del 30 enero de 2026, expedidos para tal fin por la Coordinadora de la oficina de Presupuesto de la entidad.

En constancia se firma por los que en ella intervinieron el día 02 de febrero de 2026.

  
 LUCELY MARTINEZ MURILLO  
 Profesional Universitario grado 7

  
 ELIANNY MARIA MORENO MENA  
 C.C. N°: 1.037.616.648  
 Contratista



REGISTRO PRESUPUESTAL

Nro. RP: 1787  
 Fecha: 30 de Enero de 2026  
 Dependencia: SECRETARIO(A) GENERAL  
 Código BPIN: 202500000000644  
 Tercero: 1037616648 - ELIANNY MARIA MORENO MENA  
 Descripción: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ABOGADO QUE SIRVA DE APOYO EN LA SECRETARIA GENERAL DE LA GOBERNACIÓN DEL CHOCÓ.

Vigencia: 2026  
 Valor total: 9.600.000,00

Tipo de presupuesto: PRESUPUESTO ENTIDAD  
 Nro. Contrato: CD-PS-GDCH-320-2026

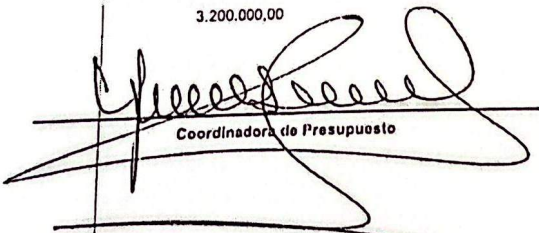
RUBROS DE EGRESO

| CDP          | Código                | Resumido | Rubro de egreso  | Valor               |
|--------------|-----------------------|----------|--|---------------------|
| 1307         | 2.3.2.02.02.009.03.04 | 1117     | Implementación y seguimiento a los Planes Institucionales 2025 - BPIN202500000000644 - CPC91199<br>CICP: 2.3.2.02.02.009 - SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES. Fuente: 1.2.1.0.00 - INGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINACION. Fondo: 1 - INGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINACION. MGA: 4599031 - SERVICIO DE ASISTENCIA TÉCNICA. CPC: 91119 - Otros servicios de la administración pública n.c.p.. Sector: 45 - GOBIERNO TERRITORIAL. Situación: C. BPIN: 202500000000644 | 9.600.000,00        |
| <b>Total</b> |                       |          |  | <b>9.600.000,00</b> |

Son: NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

PROGRAMACIÓN DE PAGOS

| Mes     | Valor        |
|---------|--------------|
| FEBRERO | 3.200.000,00 |
| MARZO   | 3.200.000,00 |
| ABRIL   | 3.200.000,00 |

  
 Coordinadora de Presupuesto

Elaboró: PEREA PALACIOS LUZ YASIRIS.  
 Aprobó: PEREA PALACIOS LUZ YASIRIS.  
 Imprimó: PEREA PALACIOS LUZ YASIRIS.

Dirección Sede Principal  
 Calle 31 con Cra 1a Esquina - Barrio Kennedy, Quibdó - Colombia  
[www.choco.gov.co](http://www.choco.gov.co)

1307

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD

Nro. CDP: 1307  
 Dependencia: SECRETARIO(A) GENERAL  
 Código BPIN: 202500000000644

Fecha: 26 de Enero de 2026  
 Fecha de vencimiento: 31 de Diciembre de 2026  
 Vigencia: 2026  
 Estado: APROBADA

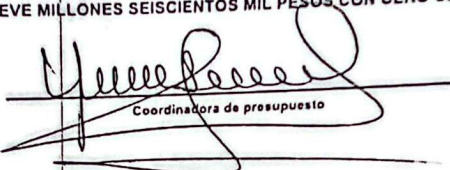
Tipo de presupuesto: PRESUPUESTO ENTIDAD  
 Valor total: 9.600.000,00

Descripción: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ABOGADO QUE SIRVA DE APOYO EN LA SECRETARIA GENERAL DE LA GOBERNACIÓN DEL CHOCÓ.

RUBROS DE EGRESO

| Código                | Resumido | Rubro de egreso   | Valor               |
|-----------------------|----------|---|---------------------|
| 2.3.2.02.02.009.03.04 | 1117     | Implementacion y seguimiento a los Planes Institucionales 2025 - BPIN202500000000644 - CPC91199<br>CIPC: 2.3.2.02.02.009 - SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES. Fuente: 1.2.1.0.00 - INGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINACION. Fondo: 1 - INGRESOS CORRIENTES DE LIBRE DESTINACION. MGA: 4599031 - SERVICIO DE ASISTENCIA TÉCNICA, CPC: 91119 - Otros servicios de la administración pública n.e.p. Sector: 45 - GOBIERNO TERRITORIAL. Situación: C. BPIN: 202500000000644 | 9.600.000,00        |
| <b>Total</b>          |          |   | <b>9.600.000,00</b> |

Son: NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS CON CERO CENTAVOS

  
 Coordinadora de presupuesto

Elaboró: LOZANO DUQUE YENS MARITZA.  
 Aprobó: LOZANO DUQUE YENS MARITZA.  
 Imprimó: LOZANO DUQUE YENS MARITZA.



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |  |                          |                            | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                  |                          |     |      |                |
|-------------------------------|--|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|------------------|--------------------------|-----|------|----------------|
| TIPO DE IDENTIFICACION        | CÉDULA DE CIUDADANÍA   | NÚMERO DE IDENTIFICACION | TOTITR NOMBRE              | NÚMERO PLANILLA                | TIPO DE PLANILLA | PERIODO COTIZACIÓN SALUD | MES | AÑO  | INDEPENDIENTES |
| DIENES/EMPRESARIO             |  |                          | ELIANNY MARIA MORENO NEJAL | 202877471                      | 2028             | 2028                     | 08  | 2028 | 2028           |
| DIRECCION                     | CIUDAD   | DEPARTAMENTO             | DIRECCION                  | PERIODO COTIZACIÓN OTROS       |                  |                          |     |      |                |
| TIPO APORTANTE                | SI INDIQUE SI ES TELEFÓNICO                                  |                          | INDEPENDIENTE              | ESTADO DE MORAL                |                  |                          |     |      |                |
| TIPO EMPRESA                  | INDICAR ACTIVIDAD ECONOMICA                                  |                          | NO                         | FECHA PAGO (aaaa/mm/aa)        |                  |                          |     |      |                |
| FORMA DE PAGO                 | INDICAR  |                          |                            | NÚMERO AUTORIZACION            |                  |                          |     |      |                |
| APORTANTE                     | INDICAR PAGO APORTES SALUD, SEMA E ICOP (REFORMA TRIBUTARIA) |                          |                            |                                |                  |                          |     |      |                |

| ADMINISTRADORA     |           | TOTAL APORTES A PLANILLA |            | TOTAL APORTES A PLANILLA |           | TOTAL APORTES A PLANILLA |               | TOTAL APORTES A PLANILLA |              |
|--------------------|-----------|--------------------------|------------|--------------------------|-----------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------|
| CÓDIGO             | NOMBRE    | Nº. COTIZANTES           | COTIZACIÓN | EMPLADOR                 | COTIZANTE | SOLICITUD                | PARSIFERENCIA | COTIZACIÓN               | VALOR PAGADO |
| 2001               | PORTVENIR | 1                        | \$ 307.200 | 1                        | 1         | 1                        | 1             | \$ 307.200               | \$ 307.200   |
| <b>SUB-TOTALES</b> |           |                          |            |                          |           |                          |               |                          |              |

| ADMINISTRADORA     |            | TOTAL APORTES A SALUD |            | TOTAL APORTES A SALUD |           | TOTAL APORTES A SALUD |               | TOTAL APORTES A SALUD |              |
|--------------------|------------|-----------------------|------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------|
| CÓDIGO             | NOMBRE     | Nº. COTIZANTES        | COTIZACIÓN | EMPLADOR              | COTIZANTE | SOLICITUD             | PARSIFERENCIA | COTIZACIÓN            | VALOR PAGADO |
| 2000               | SANTAS S A | 1                     | \$ 240.000 | 1                     | 1         | 1                     | 1             | \$ 240.000            | \$ 240.000   |
| <b>SUB-TOTALES</b> |            |                       |            |                       |           |                       |               |                       |              |

| ADMINISTRADORA     |                                     | TOTAL APORTES A SERVICIOS PROFESIONALES |            | TOTAL APORTES A SERVICIOS PROFESIONALES |           | TOTAL APORTES A SERVICIOS PROFESIONALES |               | TOTAL APORTES A SERVICIOS PROFESIONALES |              |
|--------------------|-------------------------------------|---|------------|---|-----------|---|---------------|---|--------------|
| CÓDIGO             | NOMBRE                              | Nº. COTIZANTES                          | COTIZACIÓN | EMPLADOR                                | COTIZANTE | SOLICITUD                               | PARSIFERENCIA | COTIZACIÓN                              | VALOR PAGADO |
| 2023               | ELIPOSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S A | 1                                       | \$ 10.000  | 1                                       | 1         | 1                                       | 1             | \$ 10.000                               | \$ 10.000    |
| <b>SUB-TOTALES</b> |                                     |   |            |   |           |   |               |   |              |

| DATOS DEL COTIZANTE  |                | MOROSIDAD          |                    | MOROSIDAD          |                    | MOROSIDAD          |                    | MOROSIDAD          |                    |
|----------------------|----------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| MP                   | IDENTIFICACION | TIPO DE COTIZACION | TIPO DE COTIZACION | TIPO DE COTIZACION | TIPO DE COTIZACION | TIPO DE COTIZACION | TIPO DE COTIZACION | TIPO DE COTIZACION | TIPO DE COTIZACION |
| SC                   | 2001           | PORTVENIR          | 1                  | 1                  | 1                  | 1                  | 1                  | 1                  | 1                  |
| <b>TOTAL PAGADO:</b> |                |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    | <b>\$ 557.300</b>  |

Planilla Pagada



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |                        |                           |                            | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                              |      |              |
|-------------------------------|------------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------------------|------------------------------|------|--------------|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN:       | CEDULA DE CIUDADANÍA:  | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 10376 9999                 | NÚMERO PLANILLA:               | PERIODO COTIZACIÓN O FONDOS: | MES: | PERIODO AÑO: |
| NOMBRE:                       | DIRECCIÓN:             | DIRECCIÓN:                | ELIANY MARRA MORENO MOLINA | PERIODO COTIZACIÓN O FONDOS:   | PERIODO COTIZACIÓN BAJADO:   | MES: | PERIODO AÑO: |
| CLASIFICACIÓN:                | DIRECCIÓN:             | DIRECCIÓN:                | CHOCUDO                    | FECHA DE INICIO:               | FECHA DE FIN:                | MES: | PERIODO AÑO: |
| DIRECCIÓN:                    | DIRECCIÓN:             | DIRECCIÓN:                | CHOCUDO                    | FECHA DE INICIO:               | FECHA DE FIN:                | MES: | PERIODO AÑO: |
| TIPO DE APORTANTE:            | TIPO DE APORTANTE:     | TIPO DE APORTANTE:        | INDEPENDIENTE              | FECHA DE INICIO:               | FECHA DE FIN:                | MES: | PERIODO AÑO: |
| TIPO DE EMPRESA:              | TIPO DE EMPRESA:       | TIPO DE EMPRESA:          | NO                         | FECHA DE INICIO:               | FECHA DE FIN:                | MES: | PERIODO AÑO: |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:        | FORMA DE PRESENTACIÓN: | FORMA DE PRESENTACIÓN:    | NO                         | FECHA DE INICIO:               | FECHA DE FIN:                | MES: | PERIODO AÑO: |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:        | FORMA DE PRESENTACIÓN: | FORMA DE PRESENTACIÓN:    | NO                         | FECHA DE INICIO:               | FECHA DE FIN:                | MES: | PERIODO AÑO: |

| ADMINISTRADORA |                | TOTAL APORTES A FAVOR |             | TOTAL APORTES A FAVOR |                       | TOTAL APORTES A FAVOR |                       | TOTAL APORTES A FAVOR |                       | TOTAL APORTES A FAVOR |                       |
|----------------|----------------|-----------------------|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| CÓDIGO:        | NOMBRE:        | Nº COTIZANTES:        | COTIZACIÓN: | APORTES VOLUNTARIOS:  | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS: |
| 23031          | POSIVO PCHVCLN | 1                     | \$ 207.00   | \$ 207.00             | \$ 0.00               | \$ 0.00               | \$ 0.00               | \$ 0.00               | \$ 0.00               | \$ 0.00               | \$ 207.00             |

| ADMINISTRADORA |                    | TOTAL APORTES A FAVOR |             | TOTAL APORTES A FAVOR |                       | TOTAL APORTES A FAVOR |                       | TOTAL APORTES A FAVOR |                       | TOTAL APORTES A FAVOR |                       |
|----------------|--------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| CÓDIGO:        | NOMBRE:            | Nº COTIZANTES:        | COTIZACIÓN: | APORTES VOLUNTARIOS:  | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS: |
| 1502           | POSIVO SAMITAS S A | 1                     | \$ 240.00   | \$ 240.00             | \$ 0.00               | \$ 0.00               | \$ 0.00               | \$ 0.00               | \$ 0.00               | \$ 0.00               | \$ 240.00             |

| ADMINISTRADORA |                                  | TOTAL APORTES A FAVOR |             | TOTAL APORTES A FAVOR |                       | TOTAL APORTES A FAVOR |                       | TOTAL APORTES A FAVOR |                       | TOTAL APORTES A FAVOR |                       |
|----------------|----------------------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| CÓDIGO:        | NOMBRE:                          | Nº COTIZANTES:        | COTIZACIÓN: | APORTES VOLUNTARIOS:  | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS: |
| 15 23          | POSIVO COMPANIA DE BIENESTAR S A | 1                     | \$ 10.00    | \$ 10.00              | \$ 0.00               | \$ 0.00               | \$ 0.00               | \$ 0.00               | \$ 0.00               | \$ 0.00               | \$ 10.00              |

| DATOS DEL COTIZANTE |                            | LIQUIDACION DETALLADA APORTES |              | LIQUIDACION DETALLADA APORTES |          | LIQUIDACION DETALLADA APORTES |                       | LIQUIDACION DETALLADA APORTES |                       | LIQUIDACION DETALLADA APORTES |                       | LIQUIDACION DETALLADA APORTES |                       | LIQUIDACION DETALLADA APORTES |                       | LIQUIDACION DETALLADA APORTES |                       | LIQUIDACION DETALLADA APORTES |                       | LIQUIDACION DETALLADA APORTES |                       |
|---------------------|----------------------------|-------------------------------|--------------|-------------------------------|----------|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Nº IDENTIFICACIÓN:  | NOMBRE:                    | TIPO DE COTIZANTE:            | BALANCE:     | ADMINISTRADORA:               | PERIODO: | APORTES VOLUNTARIOS:          | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS:         | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS:         | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS:         | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS:         | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS:         | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS:         | APORTES OBLIGATORIOS: | APORTES OBLIGATORIOS:         | APORTES OBLIGATORIOS: |
| 10376 9999          | ELIANY MARRA MORENO MOLINA | INDEPENDIENTE                 | \$ 11.800,00 | POSIVO PCHVCLN                | 2023-01  | \$ 207,00                     | \$ 0,00               | \$ 0,00                       | \$ 0,00               | \$ 0,00                       | \$ 0,00               | \$ 0,00                       | \$ 0,00               | \$ 0,00                       | \$ 0,00               | \$ 0,00                       | \$ 0,00               | \$ 0,00                       | \$ 0,00               | \$ 0,00                       | \$ 0,00               |

TOTAL PAGADO: \$ 557.300

Planilla Pagada



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE   |                      |                           |                           |
|---|----------------------|---------------------------|---------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:  | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1037616648                |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:  |                      |                           | ELIANNY MARIA MORENO MENA |
| CIUDAD/MUNICIPIO:   | QUIBDO               | DEPARTAMENTO:             | CHOCO                     |
| DIRECCIÓN:  | B/ NINO JESUS        | TELÉFONO:                 | 9999999                   |
| TIPO APORTANTE:   | 02-INDEPENDIENTE     | CLASE APORTANTE:          | I-INDEPENDIENTE           |
| TIPO EMPRESA:   | PRIVADA              | ACTIVIDAD ECONOMICA:      | Comercio al por mayor de  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:  | ÚNICO                |                           | NO                        |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                      |                           |                           |

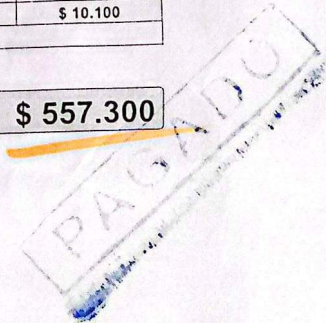
| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |       |                    |                  |
|--------------------------------|------------|-------|--------------------|------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 5168379271 |       | TIPO DE PLANILLA:  | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN:            | MES:       | marzo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: marzo       |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO:       | 2026  | SALUD:             | AÑO: 2026        |

| INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO |              |                  |                 |
|----------------------------|--------------|------------------|-----------------|
| FECHA LIMITE DE PAGO       | DIAS DE MORA | VALOR DE LA MORA | VALOR POR PAGAR |
| 2026/04/14                 | 0            | \$ 0             | \$ 557.300      |
| 2026/04/15                 | 1            | \$ 500           | \$ 557.800      |
| 2026/04/16                 | 2            | \$ 900           | \$ 558.200      |
| 2026/04/17                 | 3            | \$ 1.200         | \$ 558.500      |
| 2026/04/20                 | 6            | \$ 2.300         | \$ 559.600      |
| 2026/04/21                 | 7            | \$ 2.600         | \$ 559.900      |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| LIQUIDACIÓN GENERAL          |        |  |   | TOTALES    |              |
|------------------------------|--------|--|---|------------|--------------|
|                              |        |  |   | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| <b>PENSIÓN</b>               |        |  |   |            |              |
| ADMINISTRADORA               |        |  |   |            |              |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                 |   |            |              |
| 8002248088                   | 230301 | 230301-PORVENIR                        | 1 |            | \$ 307.200   |
| SUBTOTAL:                    |        |  |   | 1          | \$ 307.200   |
| <b>SALUD</b>                 |        |  |   |            |              |
| ADMINISTRADORA               |        |  |   |            |              |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                 |   |            |              |
| 8002514406                   | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A                     | 1 |            | \$ 240.000   |
| SUBTOTAL:                    |        |  |   | 1          | \$ 240.000   |
| <b>RIESGOS PROFESIONALES</b> |        |  |   |            |              |
| ADMINISTRADORA               |        |  |   |            |              |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                 |   |            |              |
| 8600111536                   | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 |            | \$ 10.100    |
| SUBTOTAL:                    |        |  |   | 1          | \$ 10.100    |

|                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| <b>TOTAL POR PAGAR:</b> | <b>\$ 557.300</b> |
|-------------------------|-------------------|



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
COMPROBANTE DE PAGO**



EFFECTIVO LTDA.  
NIT: 830.131.903-1

ORDEN DE SERVICIO

OS: 9639174637 DV: 188474  
 Cliente: 110263 PILA RECAUDO  
 Fecha: 18/04/2026 11:33:40  
 PAP: 905924  
 Identificación: 1037616648  
 Nombre: ELIANNY MARIA  
 Apellido 1: MORENO  
 Apellido 2: MENA  
 TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA  
 TELEFONO: 3333333333  
 Código Planilla: 5250277471  
 Período Pago: 2026/04  
 Valor Comision: 0  
 Valor Iva Comision: 0  
 Referencia: 1037616648 Valor: \$557.300,00

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                       |                          |
|---|--------------------------|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:      | 1037616648               |
| ELIANNY MARIA MORENO MENA                           |                          |
| QUIBDO DEPARTAMENTO:                                | CHOCO                    |
| B/ NINO JESUS TELÉFONO:                             | 9999999                  |
| 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:                   | I-INDEPENDIENTE          |
| PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:                        | Comercio al por mayor de |
| ÚNICO   |                          |
| GO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                       |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA  |                  |
|---------------------------------|------------------|
| 5250277471 TIPO DE PLANILLA:    | I-INDEPENDIENTES |
| MES:                            | abril            |
| AÑO:                            | 2026             |
| 0                               |                  |
| 2026/04/20 NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9996499815       |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| TDP       | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| LIQUIDACIÓN GENERAL |  | TOTALES    |              |
|---------------------|--|------------|--------------|
|                     |  | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |

| PENSIÓN               |        |  |            |
|-----------------------|--------|--|------------|
| ADMINISTRADORA        |        |  |            |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |
| 8002248088            | 230301 | 230301-PORVENIR                        | \$ 307.200 |
|                       |        |  | \$ 307.200 |
| <b>SUBTOTAL:</b>      |        |  |            |
| SALUD                 |        |  |            |
| ADMINISTRADORA        |        |  |            |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |
| 8002514406            | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A                     | \$ 240.000 |
|                       |        |  | \$ 240.000 |
| <b>SUBTOTAL:</b>      |        |  |            |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |  |            |
| ADMINISTRADORA        |        |  |            |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                 |            |
| 8600111536            | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | \$ 10.100  |
|                       |        |  | \$ 10.100  |
| <b>SUBTOTAL:</b>      |        |  |            |

|                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| <b>VALOR SIN MORA:</b> | <b>\$ 557.300</b> |
| <b>VALOR MORA:</b>     | <b>\$ 0</b>       |
| <b>TOTAL PAGADO:</b>   | <b>\$ 557.300</b> |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES RECIBO PARA PAGO

Banco AV Villas

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE   |                           |
|---|---------------------------|
| IDENTIFICACIÓN:   | 1037616648                |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:  | ELIANNY MARIA MORENO MENA |
| CIUDAD/MUNICIPIO:   | CHOCO                     |
| DIRECCIÓN:  | 9999999                   |
| TIPO APORTANTE:   | I-INDEPENDIENTE           |
| TIPO EMPRESA:   | Comercio al por mayor de  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:  | ÚNICO                     |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                        |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                          |
|--------------------------------|--------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | I-INDEPENDIENTES         |
| PERIODO COTIZACIÓN:            | MES: abril               |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2026                |
| MES:                           | abril PERIODO COTIZACIÓN |
| AÑO:                           | 2026 SALUD:              |

| INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO |              |                  |                 |
|----------------------------|--------------|------------------|-----------------|
| FECHA LIMITE DE PAGO       | DIAS DE MORA | VALOR DE LA MORA | VALOR POR PAGAR |
| 2026/05/13                 | 0            | \$ 0             | \$ 557.300      |
| 2026/05/14                 | 1            | \$ 600           | \$ 557.900      |
| 2026/05/15                 | 2            | \$ 1.000         | \$ 558.300      |
| 2026/05/19                 | 6            | \$ 2.400         | \$ 559.700      |
| 2026/05/20                 | 7            | \$ 2.800         | \$ 560.100      |
| 2026/05/21                 | 8            | \$ 3.100         | \$ 560.400      |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| LIQUIDACIÓN GENERAL          |        |  |            | TOTALES      |              |
|------------------------------|--------|--|------------|--------------|--------------|
|                              |        |  |            | COTIZANTES   | TOTAL PAGADO |
| <b>PENSIÓN</b>               |        |  |            |              |              |
| ADMINISTRADORA               |        |  |            |              |              |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                 | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |              |
| 8002248085                   | 230301 | 230301-PORVENIR                        | 1          | \$ 307.200   |              |
| SUBTOTAL:                    |        |  | 1          | \$ 307.200   |              |
| <b>SALUD</b>                 |        |  |            |              |              |
| ADMINISTRADORA               |        |  |            |              |              |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                 | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |              |
| 8002514406                   | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A                     | 1          | \$ 240.000   |              |
| SUBTOTAL:                    |        |  | 1          | \$ 240.000   |              |
| <b>RIESGOS PROFESIONALES</b> |        |  |            |              |              |
| ADMINISTRADORA               |        |  |            |              |              |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                 | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |              |
| 8600111536                   | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1          | \$ 10.100    |              |
| SUBTOTAL:                    |        |  | 1          | \$ 10.100    |              |

**TOTAL POR PAGAR: \$ 557.300**