Armenia, 04/05/2026

*Documento de cobro No **3***

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF
Nit. No.899.999.239-2

DEBE A:

PAULA ROCIO ZULUAGA ORTIZ
NIT. No. 1094919541-1

*La suma de **tres millones cuatrocientos sesenta y seis mil seiscientos cincuenta y cinco pesos M/cte. ($3.466.655)**, por concepto de Prestar Servicios En Las Unidades De Servicio De Atención Directa A La Primera Infancia Que Le Sean Asignadas Por La Dirección Regional, Para Realizar La Atención Directa A Las Niñas Y Niños Vinculados En Los Servicios De Educación Inicial Conforme A Los Lineamientos, Manuales, Protocolos Y Guías Vigentes Aplicables A La Modalidad O Servicio Correspondiente., del contrato **N° 63001292026** del año 2026.*

Consignar a la cuenta número 06939446255 del banco BANCOLOMBIA S.A. tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/04/2026	30/04/2026

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: 8512

	CERTIFICO LA SIGUIENTE INFORMACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO Y DECLARO QUE:	SI/NO
1	*Soy residente en Colombia de conformidad con el Articulo 10 del Estatuto Tributario.*	*SI*
2	*El presente contrato corresponde a rentas de trabajo que NO provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria, y he optado por restar costos o gastos asociados al presente contrato.* *Si - Aplica retención por Honorarios/Servicios(11% o 6%, 4%) y soportar costos y gastos – contratos diferentes a Prestación de Servicios Personales* *No - Aplica retención tabla Art. 206 y 383 (renta exenta 25%)*	*NO*
3	*Obligado a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior (Ingresos iguales o Superiores a 1.400 UVT, $ 69.718.600,00)*	*NO*
4	*• He celebrado en el año inmediatamente anterior o en el año en curso contratos de venta de bienes y/o prestación de servicios gravados por valor individual, igual o superior a 3.500 UVT ($ 174.296.500,00 - 2025) ($ 183.309.000,00 - 2026) con el sector privado o 4.000 UVT ($ 199.196.000,00 - 2025) ($ 209.496.000,00 - 2026) con el Estado*	*NO*
	• Que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de la actividad, igual o superior a 3.500 UVT ($ 174.296.500,00 - 2025) ($ 183.309.000,00 - 2026) o que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de Contratos con el Estado igual o supérior a 4.000 UVT ($ 209.496.000,00 - 2026) ($ 199.196.000,00 - 2025)	*NO*
5	*De acuerdo con el parágrafo 3 del art. 383 del estatuto tributario, solicito me practiquen una retención superior a la determinada, la cual será del:*	*0,00 %*
6	• ***PAGO MES ANTICIPADO DE SEGURIDAD SOCIAL:*** *He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con **los ingresos recibidos con la presente cuenta de cobro**, en los términos del artículo 244 de la ley 1955 de 2019, en concordancia con el parágrafo 2 artículo 108 del ET y artículo 1.2.4.1.16 del DUT como consta en el soporte adjunto. **(Pago anticipado de seguridad social, aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta)***	*SI*
	• ***PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL:*** *He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con **los ingresos recibidos del mes anterior (Pago mes vencido de Seguridad Social, No aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta)***	*NO*

Cordialmente,

paola rocio zuluaga O

PAULA ROCIO ZULUAGA ORTIZ

C.C.: ***1094919541***

Dirección: ***MZ 2 CS 60 EL DORADO***

Celular: ***3165549258***

Correo Electrónico: ***paulazuluagaortiz14@gmail.com***

No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 1000985

CONTRATO No. 63001292026 Del 27/01/2026 **SEDE O REGIONAL:** Quindio

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 01/02/2026 HASTA: 05/12/2026

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **PAULA ROCIO ZULUAGA ORTIZ**

No. Documento de identificación: **1,094,919,541** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **4648225632** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **2**

Pago No.: **3 / 10** Mes de Pago: **ABRIL** Declarante de Renta: **NO** Pensionado: **NO** Cesión:**NO** Número de pago:**0**

Tipo Informe: **Vigencia actual** Vigencia Futura: **NO** Número de Pago: **0**

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES	34,697,235.00
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	0.00
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	3,466,655.00
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	9,852,874.00
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**24,844,361.00**

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 21326 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4602-1500-9-704020-4602020-02	10	3,466,655.00

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIGATORIOS A SALUD(*):	218,863.00
APORTES OBLIGATORIOS A PENSIÓN (*)	280,145.00
APORTES FSP (*):	0.00
APORTE ARL (*):	18,279.00
APORTE VOLUNTARIO AFC (*):	0.00
APORTE VOLUNTARIO A FONDO DE PENSIÓN VOLUNTARIA (*):	0.00
CUENTA DE AHORRO AVC (*):	0.00

(*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.

3. INFORME DE ACTIVIDADES

Obligación Contractual	Producto
1. APORTAR A LA CONSTRUCCIÓN, ACTUALIZACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL PROYECTO PEDAGÓGICO Y/O EL QUE HAGA SUS VECES, A TRAVÉS DE ACCIONES ARTICULADAS QUE INVOLUCREN A PROFESIONALES Y FAMILIAS, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS, MANUALES, PROTOCOLOS Y GUÍAS VIGENTES APLICABLES A LA MODALIDAD O SERVICIO CORRESPONDIENTE.	En cumplimiento con la obligación contractual realice las planeaciones grupales para cada una de las ua las cuales contiene las respectivas evidencias fotográficas y las voces de las familias, estas se ejecutaron en las 4 semanas del mes de abril. Dicha atención a encuentros grupales se realizó con una duración de 2 horas una vez a la semana los días martes, miércoles y jueves. Por otro lado, realice los encuentros al hogar, los cuales se realizaron una vez al mes con una duración de 1 hora con las familias de la Uds. en el que trabaje la caracterización de prácticas y acciones y en el respectivo formato se evidencia las voces de las familias, la evidencia fotográfica y el seguimiento al desarrollo del mes en mención. En cuanto a la construcción del proyecto pedagógico este encuentra construido en su totalidad apuntando a las necesidades de la eds. y las bases curriculares de la educación inicial. Las evidencias de la presente obligación reposan en el sharpoint carpeta n° 1.
2. REALIZAR SEMANALMENTE LA PLANEACIÓN PEDAGÓGICA DEL GRUPO DE NIÑAS Y NIÑOS ASIGNADOS, ATENDIENDO A LOS INTERESES Y PARTICULARIDADES DE SU DESARROLLO, TENIENDO EN CUENTA LA INTENCIONALIDAD PEDAGÓGICA, EL DISEÑO Y DISPOSICIÓN DE AMBIENTES ACOGEDORES Y PROTECTORES EN COHERENCIA CON LAS ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS PROPIAS PARA LA PRIMERA INFANCIA, VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO AL DESARROLLO Y REFLEXIÓN PEDAGÓGICA.	Para dar cumplimiento a la obligación contractual realice y ejecute las planeaciones grupales para cada una de las ua el cual contiene las respectivas evidencias fotográficas y las voces de las familias, las cuales se ejecutaron en el transcurso del mes. Dicha atención a encuentros grupales se realizó con una duración de 2 horas una vez a la semana los días martes, miércoles y jueves. Por otro lado, realice los encuentros al hogar, con una duración de 1 hora con las familias de la uds en el que trabaje la caracterización de prácticas y acciones, en el respectivo formato se evidencia las voces de las familias, la evidencia fotográfica y el seguimiento al desarrollo. Estas fueron elaboradas teniendo en cuenta la estructura del formato, con la intencionalidad clara y coherente con las estrategias propias de la educación inicial. Cada planeación fue diseñada a través de las diferentes actividades lúdico-pedagógicas que permitieron identificar hallazgos y dificultades en las familias beneficiarias. Las evidencias se relacionan en la carpeta n° 2 en el sharpoint correspondiente.
3. REGISTRAR MENSUALMENTE EN LOS INSTRUMENTOS DE OBSERVACIÓN LOS PROCESOS DE DESARROLLO Y LAS PARTICULARIDADES DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS A SU CARGO, DE ACUERDO CON LAS ORIENTACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS EN LOS LINEAMIENTOS, MANUALES, PROTOCOLOS Y GUÍAS VIGENTES APLICABLES A LA MODALIDAD O SERVICIO CORRESPONDIENTE.	Para dar cumplimiento a la presente obligación efectué las respectivas visitas a los beneficiarios de la uds, en el que relaciono las evidencias fotográficas y los seguimientos al desarrollo de cada uno de los niños y niñas en el respectivo formato de planeación. Dichos seguimientos al desarrollo sirven como base para diligenciar la escala de valoración cualitativa la cual se ejecutará en el mes de mayo correspondiente al tercer mes de ejecución del programa. Las evidencias se relacionan en la carpeta n°3 del sharpoint correspondiente.

4. ELABORAR INFORMES PEDAGÓGICOS DESCRIPTIVOS DE CARÁCTER TRIMESTRAL SOBRE EL PROCESO DE DESARROLLO DE CADA NIÑA Y NIÑO BAJO SU RESPONSABILIDAD, BASADOS EN LA OBSERVACIÓN DIRECTA Y EL RECONOCIMIENTO DE HABILIDADES, INTERESES, CAPACIDADES Y POSIBLES ALERTAS, E INFORMAR DICHOS AVANCES A PADRES, MADRES O CUIDADORES, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS, MANUALES, PROTOCOLOS Y GUÍAS VIGENTES APLICABLES A LA MODALIDAD O SERVICIO CORRESPONDIENTE.	Para dar cumplimiento a la presente obligación ejecute las respectivas visitas a los beneficiarios de la uds, en el que relaciono las evidencias fotográficas y los seguimientos al desarrollo de cada uno de los niños y niñas en el respectivo formato de planeación. Las evidencias se relacionan en la carpeta n° 4 del sharpoint correspondiente.
5.DISEÑA E IMPLEMENTAR ACCIONES PEDAGÓGICAS EN ARTICULACIÓN CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO, ORIENTADAS A PROMOVER PRÁCTICAS DE CUIDADO, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, BUEN TRATO, PARTICIPACIÓN INFANTIL Y CIUDADANA, CORRESPONSABILIDAD FAMILIAR Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO, CON ENFOQUE DIFERENCIAL E INCLUSIVO PARA LA ATENCIÓN DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS A SU CARGO, DE ACUERDO CON EL PROCESO DE OBSERVACIÓN Y SEGUIMIENTO AL DESARROLLO Y EN COHERENCIA CON LA IMPLEMENTACIÓN Y GARANTÍA DE LOS DERECHOS Y CONDICIONES DE CALIDAD DESDE EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL.	En cumplimiento a la obligación contractual relaciono las acciones pedagógicas Acciones de cuidado y buen trato: Durante los encuentros pedagógicos se promovió el buen trato como base fundamental en las relaciones entre niños, niñas y sus familias, a través de la actividad así te quiero ver siempre y la celebración del mes del niño. Acciones de cuidado de medio ambiente: Se promovieron prácticas de cuidado del medio ambiente a través de la actividad con la elaboración de una matera reciclada promoviendo el cuidado y la protección del medio ambiente. Esta se evidencia en la carpeta n° 5 del sharpoint asignado.
6. DOCUMENTAR LAS EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS DESARROLLADAS CON NIÑAS, NIÑOS, FAMILIAS Y DEMÁS ACTORES, REGISTRANDO SABERES, PERCEPCIONES, APRENDIZAJES Y REFLEXIONES, CONFORME A LOS PROPÓSITOS DE LA EDUCACIÓN INICIAL Y UTILIZANDO LOS INSTRUMENTOS DEFINIDOS PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL PROYECTO PEDAGÓGICO.	Para dar cumplimiento a la presente obligación se ejecutaron las respectivas visitas a los beneficiarios de la uds, en el que se relacionan las evidencias fotográficas y los seguimientos al desarrollo de cada uno de los niños y niñas en el respectivo formato de planeación. Esta se relaciona en la carpeta n° 6 del sharpoint asignado.
7. GESTIONAR Y HACER SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES RELACIONADAS CON EL INGRESO, ACOGIDA, PERMANENCIA Y TRÁNSITO DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS DENTRO DE LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN INICIAL, ASEGURANDO EL CUMPLIMIENTO DE TRAYECTORIAS EDUCATIVAS COMPLETAS ENTRE LOS CICLOS 1 Y 2.	En cumplimiento con la obligación contractual ejecute las planeaciones grupales para cada una de las ua el cual contiene las respectivas evidencias fotográficas y las voces de las familias, las cuales se ejecutaron las 4 semanas del mes de ABRIL Dicha atención a encuentros grupales se realizó con una duración de 2 horas una vez a la semana los días martes, miércoles y jueves. Esta se evidencia en la carpeta n° 7 del respectivo sharpoint.

8. APOYAR EL PROCESO DE FOCALIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE POTENCIALES BENEFICIARIOS (NIÑAS, NIÑOS Y MUJERES GESTANTES) Y LA VERIFICACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE ATENCIONES, CONFORME A LOS CRITERIOS DEFINIDOS POR EL ICBF, GARANTIZANDO LA CALIDAD, VERACIDAD Y OPORTUNIDAD DE LOS DATOS UTILIZADOS EN LOS PROCESOS DE ACCESO, PERMANENCIA Y TRÁNSITO EN LOS SERVICIOS.	En el marco de mis obligaciones contractuales esta se da cumplimiento con la matriz de ingresos y retiros en el que relaciono los datos de cada uno de los beneficiarios activos en el mes vigente. Esta se evidencia en la carpeta n° 8 del sharpoint asignado.
9. ACTUALIZAR, ORGANIZAR Y CUSTODIAR LAS CARPETAS DE LOS PARTICIPANTES, CONFORME A LA NORMATIVA VIGENTE EN MATERIA DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN. EN CASO DE PÉRDIDA, DAÑO O DESTRUCCIÓN DE DOCUMENTOS, DEBERÁ INFORMARSE DE INMEDIATO AL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y PROCEDER CON LA RECONSTRUCCIÓN DE LOS MISMOS.	Para dar cumplimiento a la obligación contractual realice la respectiva revisión de las carpetas de cada uno de los beneficiarios en compañía a de la auxiliar pedagógica en el cual se evidencio que la información que reposa en las carpetas se encuentra al día con lo requerido por los lineamientos curriculares. Esta se evidencia en la carpeta n° 9 del sharpoint asignado.
10. ACTIVAR, DE MANERA INMEDIATA, LAS RUTAS ADMINISTRATIVAS ANTE PRESUNTA INOBSERVANCIA, AMENAZA O VULNERACIÓN DE DERECHOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS, INFORMANDO A LAS AUTORIDADES COMPETENTES, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL PROTOCOLO DE ACTUACIONES ANTE ALERTAS DE AMENAZA, VULNERACIÓN O INOBSERVANCIA DE LOS DERECHOS EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA DEL ICBF Y REALIZAR REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE LAS NOVEDADES PRESENTADAS CON LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS, DE MANERA CLARA, DESCRIPTIVA, CON CIRCUNSTANCIAS DE TIEMPO, MODO Y LUGAR CON LA FIRMA DE LOS PADRES, MADRES Y/O CUIDADORES DE ACUERDO CON LAS ORIENTACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS EN LOS MANUALES OPERATIVOS Y DOCUMENTOS ORIENTADORES.	Durante el mes en mención no se presentaron novedades que requirieran la activación de rutas administrativas. Para dar cumplimiento se cuenta con el acta de socialización de rutas a cargo del equipo interdisciplinario realizada en los encuentros grupales.
11. GARANTIZAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ACTIVACIÓN DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES VIGENTE, INFORMANDO OPORTUNAMENTE SOBRE CUALQUIER SITUACIÓN DE ACCIDENTALIDAD OCURRIDA DURANTE LA JORNADA, ACOMPAÑANDO A LA FAMILIA DURANTE EL PROCESO Y REGISTRANDO EL EVENTO EN LA HERRAMIENTA ESTABLECIDA, SEGÚN LAS ORIENTACIONES TÉCNICAS INSTITUCIONALES.	Para dar cumplimiento les socialice a los padres de familia y/o acudientes la póliza de seguros que ampara a los niños y niñas beneficiarios de la uds para la vigencia 2026. Para este periodo no se presentaron novedades que requirieran la respectiva activación de la póliza. Esta se evidencia en la carpeta n°11 del sharpoint correspondiente.

12. ASISTIR Y PARTICIPAR DE MANERA ACTIVA EN REUNIONES, MESAS DE TRABAJO, COMITÉS INTERNOS Y EXTERNOS O CUALQUIER OTRO ESPACIO DE ARTICULACIÓN RELACIONADO CON EL OBJETO CONTRACTUAL.	En cumplimiento de esta obligación se participó activamente de la comunidad de aprendizaje convocada el 16 de abril del presente año dirigida por coordinadores y equipo interdisciplinario. Esta se evidencia en la carpeta n° 12 del sharpoint asignado.
13.CUMPLIR CON LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR, RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL	En el marco de mis obligaciones contractuales esta obligación se cumple con los escaner de los registros de asistencias mensuales (RAM), acta del buzón de peticiones quejas y reclamos, formatos debidamente diligenciados de la entrega de RPP a beneficiarios del presente mes y AAVN, acta de simulacros y socialización del plan de gestión de riesgos y desastres. Esta obligación se evidencia en la carpeta n° 13 del respectivo sharpoint.

CERTIFICACION JURAMENTADA

Como Contratista del ICBF y para dar cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 4 del Decreto 2271 de junio 18 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos soporte del pago de mis aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del Contrato 63001292026 DEL 2026.

Firma del Contratista: Paula Rocio Zuluaga O
C.C No.: 1,094,919,541

CERTIFICACION SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor del Contrato de prestación de Servicios arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe, así mismo, con el fin de dar cumplimiento a la Circular Única No. 1 del 22 de agosto de 2019 de Colombia Compra Eficiente y a los principios de transparencias propios de la gestión administrativa y contractual, confirmo que fue verificada la publicación en SECOP II de los informes de supervisión ya aprobados, razón por la cual autorizo el pago por valor de tres millones cuatrocientos sesenta y seis mil seiscientos cincuenta y cinco pesos m/cte.,($ 3,466,655.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
CLAUDIA OSSA	COORDINADOR	CENTRO ZONAL ARMENIA NORTE	

Revisó: Angie Alvarez

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI | Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

N	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1094919541
OCIAL			PAULA ROCIO ZULUAGA ORTIZ
	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
	EL DORADO MZ 2 CASA 60	TELÉFONO:	9999999
	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
ACIÓN:	ÚNICO		
RADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4848225632	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/04/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9996560897

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
									$ 280.200	$ 0	$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
												$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 18.300	$ 18.300	$ 0	$ 0	$ 18.300
								$ 18.300	$ 0	$ 0	$ 18.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

ES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.750.905	$109491954	$ 18.300

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 517.400

Planilla Pagada

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9639893473 DV: 714794
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 23/04/2026 15:04:01
PAP: 917856
Identificacion: 1094919541
Nombre: PAULA
Apellido 1: ROCIO
Apellido 2: ZULUAGA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3333333333
Codigo Planilla: 464822563 2
Periodo Pago: 202604
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 1094919541Valor: $517.400,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co