

CUENTA DE COBRO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
NIT 900.474.727-4

DEBE A:

NOMBRE: ALANA CASTELLANOS CARVAJAL

IDENTIFICACIÓN: CC NIT No. 1.032.478.074 de Bogotá

LA SUMA DE: \$ 8.197.800 OCHO MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: Cuarto pago de honorarios pactados en el contrato MSPS-191-2026 de 2026, por el período comprendido entre el 1 y 30 de abril de 2026.

CONTRATO No.: MSPS-191-2026 de 2026

DESEMBOLSO No.: 4

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Oficina de Promoción Social y de asistencia técnica para apoyar la planeación, el seguimiento y el monitoreo de la implementación de las acciones contempladas en el Plan Nacional de Rehabilitación Psicosocial para la Convivencia y la No Repetición, en cumplimiento de lo establecido en el Punto 5 del Acuerdo Final de Paz.


PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 1 de abril de 2026 al 30 de abril de 2026

FECHA: 4 de mayo de 2026

DIRECCION: Cra 6#48A-77

CIUDAD: Bogotá

TELEFONO: 3112437339

Alana Castellanos  Firmado digitalmente por
Alana Castellanos Carvajal

FIRMA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032478074	ALANA CASTELLANOS CARVAJAL		DG 71C BIS 24 87 AP 303	3112437339	alcastellanosca96@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66604352	10/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$1.790.800	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	771.300	0		0		0	0	0	0	771.300	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	
25-14	Colpensiones	900336004-7	987.200	0	0	0	0	0	0		987.200	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	32.300				32.300	0	0	32.300			323	32.300	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	771.300	771.300
PenSIón	1	987.200	987.200
Riesgos Laborales	1	32.300	32.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.790.800	1.790.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032478074	ALANA CASTELLANOS CARVAJAL		DG 71C BIS 24 87 AP 303	3112437339	alcastellanosca96@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		66604352	10/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$1.790.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																	
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	SN	ISE	LMA	VAC	APP	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 1032478074	CASTELLANOS CARVAJAL ALANA	59	0			N							X									25-14	6.169.642	30	987.200	0	0	0	0	EPS008	6.169.642	30	771.300	14-11	6.169.642	30	1	32.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



MedPlus Medicina Prepagada
900.178.724-3
CERTIFICA



Que el titular del contrato en mención canceló directamente los valores abajo discriminados por concepto de su plan de Medicina Prepagada

Contrato	461574		
Titular	ALANA CASTELLANOS CARVAJAL	Identificación	CC1032478074
Total Pago	\$2,485,134.00		

Concepto	Valor	Iva	Total
BONOS	\$0.00	\$0.00	\$0.00
CUOTAS CONTRATO	\$2,366,794.29	\$118,339.71	\$2,485,134.00
Total	\$2,366,794.29	\$118,339.71	\$2,485,134.00

Los valores mencionados anteriormente corresponden al periodo de 2025-01-01 hasta 2025-12-31, el cual ampara a las siguientes personas del grupo familiar:

Nombre	Identificación	Fecha Vigencia	Parentesco
ALANA CASTELLANOS CARVAJAL	C 1032478074	2023-09-08	Contratante

De acuerdo con el artículo 387 del E.T. Literal a. "El trabajador podrá disminuir de su base de retención los pagos efectuados por contratos de prestación de servicios a empresas de medicina prepagada vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, que impliquen protección al trabajador, su cónyuge, sus hijos y/o dependientes". Esta deducción no debe superar las 16 UVT mensuales.

Esta certificación se expide en **BOGOTA D.C.**, el 2026-01-30.

Cordialmente,

MARCELA LEMUS REYES
GERENTE INTEGRACIÓN CON EL CLIENTE

Este certificado se expide sin firma autógrafa de conformidad con lo dispuesto en el artículo 10 del D.R. 836 de 1991

Código de verificación de la autenticidad de este documento: **yw1ko0z2** .

Link: [/yw1ko0z2](#)

