1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 1010806

CONTRATO No. 20003752026 Del 29/01/2026 **SEDE O REGIONAL**: Cesar

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 30/01/2026 HASTA: 15/09/2026

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **ARIADNA YULIZA DUARTE QUINTERO**

No. Documento de identificación: **1,064,837,041** Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **81915596** Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **2**

Pago No.: **5 / 11** Mes de Pago: **MAYO** Declarante de Renta: **SI** 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	**35,688,130.00**
HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA)	**0.00**
HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA)	**4,604,920.00**
PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**19,570,910.00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**16,117,220.00**

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 58526 Nro de Factura:

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
C-4602-1500-9-704020-4602021-02	27	**4,604,920.00**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	
APORTES OBLIGATORIOS A SALUD(*):	**230,246.00**
APORTES OBLIGATORIOS A PENSIÓN (*)	**294,715.00**
APORTES FSP (*):	**0.00**
APORTE ARL (*):	**19,230.00**
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
COORDINAR Y DESARROLLAR EN ARTICULACIÓN CON LAS ORIENTACIONES, DIRECTRICES Y RECOMENDACIONES DE LA DIRECCIÓN NACIONAL Y REGIONAL LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, OPERATIVAS Y LOGÍSTICAS, EN PRO DE GARANTIZAR UNA ADECUADA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Se desarrolla todas orientaciones y directrices dadas por la referente asignada por la sede nacional a la regional Cesar para el cumplimiento de las actividades administrativas, operativas y logísticas para una adecuada atención.
LIDERAR Y PARTICIPAR EN LOS PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA, GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y COMUNIDADES DE APRENDIZAJE PARA LA PROMOCIÓN DE DERECHOS Y PREVENCIÓN DE VULNERACIONES EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, INCORPORANDO EL ENFOQUE DIFERENCIAL Y TERRITORIAL	se participan de las diferentes asistencias técnicas, así como comunidades de aprendizaje y seguimientos por parte de la sede nacional con el fin de propiciar escenarios para la promoción de derechos y prevención de vulneraciones en la atención integral de niñas, niños y adolescentes.
LIDERAR LA FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DE PLANES DE TRABAJO, CRONOGRAMAS, ESTRATEGIAS Y PROPUESTA DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE DERECHOS Y PREVENCIÓN DE VULNERACIONES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES ASEGURANDO SU IMPLEMENTACIÓN EFECTIVA EN ARTICULACIÓN CON EL EQUIPO DE CONTRATISTAS DE ESPACIOS COMUNITARIOS Y LOS EQUIPOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL Y NACIONAL	Para este mes se cumplió a cabalidad con los planes de trabajo, cronogramas y estrategias y propuestas de atención, así como las diferentes celebraciones correspondientes al mes de los niños y niñas y conmemoraciones.
BRINDAR APOYO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS Y METODOLÓGICAS QUE FORTALEZCAN LA ATENCIÓN Y RETROALIMENTEN LAS PRÁCTICAS DE TRABAJO CON NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES, FAMILIAS Y COMUNIDADES, ASEGURANDO LA MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS.	Se orienta en la implementación de jornadas de planeación pedagógica y en la elaboración de la propuesta pedagógica que fortalezcan la atención de los NNA en la modalidad Atrapasueños Espacios comunitarios.

APOYAR Y FACILITAR EL PROCESO DE PRE-FOCALIZACIÓN, FOCALIZACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, ASÍ COMO EL DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES QUE GARANTICEN LA PERMANENCIA DE LAS Y LOS PARTICIPANTES VINCULADOS A LOS ESPACIOS COMUNITARIOS.	este proceso de pre- focalización de niños, niñas y adolescentes se realizó para el mes de febrero, pero al conocer que algún NNA desea retirarse del programa se deberá realizar el proceso de focalización del NNA que deberá ingresar el cual deberá cumplir con los criterios de focalización.
LIDERAR LA ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL CON LOS AGENTES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR (SNBF) Y PARTICIPAR EN LAS MESAS, COMITÉS Y ESPACIOS INSTITUCIONALES DESIGNADOS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.	No se ejecutó para este mes; se realizará para el mes siguiente.
GESTIONAR Y MANTENER ACTUALIZADA LA DOCUMENTACIÓN RELACIONADA CON EL PROCESO DE ATENCIÓN DE LOS ESPACIOS COMUNITARIOS, LO QUE INCLUYE LA ELABORACIÓN DE INFORMES Y LA ATENCIÓN A REQUERIMIENTOS. ADEMÁS, GARANTIZAR EL REGISTRO OPORTUNO Y COMPLETO EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESTABLECIDOS POR EL ICBF.	La documentación relacionada con el proceso de atención de los Espacios Comunitarios como lo es el de los participantes se mantiene de forma física y de manera magnética la cual es cargada a un SharePoint según indicaciones de la referente desde la sede nacional y la supervisora del contrato.
APOYAR ACCIONES DE GESTIÓN DE CONOCIMIENTO A TRAVÉS DE MECANISMOS COMO LA SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS, IDENTIFICACIÓN DE LECCIONES APRENDIDAS COMO HERRAMIENTAS CLAVES PARA LA INVESTIGACIÓN, TOMA DE DECISIONES Y MEJORA CONTINUA	No se ejecutó para este mes; se realizará para el mes siguiente.
ARTICULAR CON LA DIRECCIÓN REGIONAL Y CENTROS ZONALES LA SOCIALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PLANES DE TRABAJO, CRONOGRAMAS Y ACTIVIDADES EN DESARROLLO, ASEGURANDO UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA Y OPORTUNA.	Se recibe visita por parte de la regional y centro zonal con el fin de observar el proceso de atención según cronograma y planes de trabajo.

REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA SUPERVISIÓN QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO CONTRACTUAL.	No fueron designadas actividades en este mes por la supervisión del contrato.

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 20003752026 DEL 2026.

Firma del Contratista:_____

C.C No.: 1,064,837,041

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 cuatro millones seiscientos cuatro mil novecientos veinte pesos m/cte.,($ 4,604,920.00).

FIRMA:

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL	FIRMA
ARIADNA VICTORIA CAICEDO VALVERDE	COORDINADORA CENTRO ZONAL AGUACHICA	CZ AGUACHICA	

Revisó:

Rio De Oro , 26/05/2026

Documento de cobro No ***5***

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

DEBE A:

ARIADNA YULIZA DUARTE QUINTERO
NIT. No. 1064837041-9

La suma de ***cuatro millones seiscientos cuatro mil novecientos veinte pesos M/cte****.* ***($4.604.920****), por concepto de PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LIDERAR, ORIENTAR Y BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO EN ASPECTOS TÉCNICOS, OPERATIVOS Y ADMINISTRATIVOS, EN EL MARCO DE LA PROTECCIÓN INTEGRAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES., del contrato* ***N° 20003752026*** *del año 2026.*

Consignar a la cuenta número 31864957105 del banco BANCOLOMBIA S.A. tipo de cuenta AHORRO

Periodo de Pago Desde	Periodo de Pago Hasta
01/05/2026	30/05/2026

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: 8299

	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)*	*SI*
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 articulo 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,

ARIADNA YULIZA DUARTE QUINTERO

C.C.: ***1064837041***
Dirección: ***KR CARRERA 15149 23 34 SUR***
Celular: ***3017705177***
Correo Electrónico: ***ariadnaduarte95@gmail.com***
No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

Rio De Oro , 26, Mayo de 2026

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Ciudad

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, DUARTE QUINTERO ARIADNA YULIZA identificado(a) con CC N.º 1064837041, para los efectos de la depuración de la base del cálculo de la Retención en la Fuente, establecido en la Ley 2277 de 2022 "Reforma Tributaria para la Igualdad y la Justicia Social" y Decreto 2231 del 22 diciembre de 2023, informo bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1. Soy residente en Colombia de conformidad con el Artículo 10 del Estatuto Tributario.

SI **X** NO ___

2. Que los ingresos por el Contrato N°.20003752026 del 29 de Enero de 2026, corresponde al concepto de:

X Cedula General (Rentas de Trabajo, Rentas de Capital, Rentas no Laborales)
__ Cedula de Pensiones
__ Cedula Dividendos y participaciones

3. **BENFICIOS TRIBUTARIOS**

3.1 3.1. El presente contrato corresponde a rentas de trabajo que NO provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria, y he optado por restar los costos y gastos procedentes en desarrollo de esta actividad. (Artículo 206, 383 E.T, Parágrafo 2 y Art- 392 E.T)

(SI- Aplica retención por Honorarios/Servicios (11%,10% o 6%,4% - Art.392) y soportar costos y gastos – contratos diferentes a Prestación de servicios personales).

(NO - Aplica retención tabla Art. 206 y 383 (Renta exenta 25%))

SI ___ NO **X**

3.2 En cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 1625 de 2016. Artículo 1.2.4.1.18 y Ley 2277 de 2022 Artículo 9, Articulo 387 E.T, Parágrafo 2, de manera libre y espontánea, manifiesto que las siguientes personas se encuentran a mí cargo y en consecuencia dependen económicamente de mí:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	CALIDAD DE DEPENDENCA

NOTA:

Ley 2277 de 2022 Artículo 9 y Decreto 1625 de 2016. **Artículo 1.2.4.1.18**, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

ANEXO:

Para efectos de la aplicación de la deducción por dependientes de que trata el artículo 387 del Estatuto Tributario, tendrán la calidad de dependientes únicamente:

1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta dieciocho (18) años de edad.
2. Los hijos del contribuyente con edad entre dieciocho (18) y veintitrés (23) años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación -ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.
3. 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.

.**NOTA:**

Ley 2277 de 2022 Artículo 9 y Decreto 1625 de 2016. **Artículo 1.2.4.1.18**, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.
4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
Parágrafo. Para efectos de probar la existencia y dependencia económica de los dependientes a que se refiere este artículo, el contribuyente suministrará al agente retenedor un certificado, que se entiende expedido bajo la gravedad del juramento, en el que indique e identifique plenamente las personas dependientes a su cargo que dan lugar al tratamiento tributario a que se refiere este artículo.

NOTA: No se reciben certificaciones que se auto certifique el contribuyente teniendo en cuenta que, de acuerdo con lo expresado por el CTCP, no resulta adecuado que el mismo contador corresponda a la persona sobre la cual se certifican los hechos. De igual manera se requiere que las mismas tengan la fecha de expedición del año 2026 .

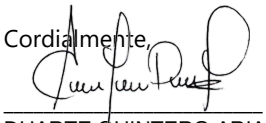
3.3 Adjunto Copia del Certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Intereses de Vivienda, de acuerdo al Artículo 387 del E.T. (Adjuntar Soporte)

SI ___ NO **X**

3.4 Adjunto Copia del Certificado expedido por la empresa prestadora del servicio correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Medicina Prepagada, de acuerdo al Artículo 387 del E.T, Inciso 2, el cual cumple los parámetros establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud. (Adjuntar Soporte)

SI ___ NO **X**

Cordialmente,



DUARTE QUINTERO ARIADNA YULIZA
CC 1064837041
Celular:
correo: ariadnaduarte95@gmail.com

Fecha de impresión: **5/26/2026 9:48:53 AM**

NOTA:
Ley 2277 de 2022 Artículo 9 y Decreto 1625 de 2016. **Artículo 1.2.4.1.18**, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

- ***1.1*** ***Rentas de trabajo:*** *Las señaladas en el artículo 103 de este Estatuto.*
- ***1.2*** ***Rentas de capital:*** *Las obtenidas por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual.*
- ***1.3*** ***Rentas no laborales:*** *Se consideran ingresos de las rentas no laborales todos los que no se clasifiquen expresamente en ninguna otra cédula, con excepción de los dividendos y las ganancias ocasionales, que se rigen según sus reglas especiales.*
- *2.* ***Rentas de Pensión****: NO aplica para el ICBF por corresponder a los pagos que reciben los pensionados asociados directamente a su condición de pensionado.*
- *3.* ***Rentas de Dividendos o participaciones****: corresponde a ingresos por Dividendos y/o Participaciones, incluyendo las participaciones por Vocaciones Hereditarias.*

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	1064837041	ARIADNA YULIZA DUARTE QUINTERO	CALLE 10	5624635	ariadnaduarte77@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		NORTE DE SANTANDER	OCAÑA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		81915596	08/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$544.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	230.300	0		0		0	0	0	0	230.300	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	294.800	0	0	0	0	0	0		294.800	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	19.300				19.300	0	0	19.300			193	19.300	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	230.300	230.300
Pensión	1	294.800	294.800
Riesgos Laborales	1	19.300	19.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	544.400	544.400

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	1064837041	ARIADNA YULIZA DUARTE QUINTERO	CALLE 10	5624635	ariadnaduarte77@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		NORTE DE SANTANDER	OCAÑA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		81915596	08/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$544.400	

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	Excarcelado	IND	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 1064837041	DUARTE QUINTERO ARIADNA YULIZA	59	0			N																	25-14	1.842.000	30	294.800	0	0	0	0	EPS005	1.842.000	30	230.300	14-23	1.842.000	30	2	19.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Certificación
Bancaria

Viernes, 16 de enero de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que ARIADNA YULIZA DUARTE QUINTERO identificado(a) con CC 1064837041, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	31864957105	2010-12-10	Activo	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co