

INFORME DE CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

Número del Contrato:	CO1.PCCNTR.8133970		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL ÁREA DE ASEGURAMIENTO DE LA SECRETARIA DE SALUD		
Contratista:	STELLA RAMOS RAMÍREZ		
No. de NIT	35.476.489		
Fecha Inicio del Contrato	Julio 29 de 2025	Fecha de Terminación	Diciembre 29 de 2025
Periodo del Informe	Julio 29 de 2025 a Agosto 28 de 2025		

DOCUMENTO SOPORTE DE PAGO	
Valor total del Contrato	\$ 35.125.000,00
Valor a Pagar en este periodo	\$7.025.000,00
Saldo por Pagar	\$28.100.000,00
Pago No.	UNO DE CINCO

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VIGENTES		
A la fecha de presentación del presente informe y documento soporte de pago, BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, manifiesto que tengo vigentes los siguientes contratos adicionales de prestación de servicios, y que realicé el pago de aportes al SSI sobre el 40% del total de los ingresos mensuales así:		
ENTIDAD CONTRATANTE	VALOR MENSUAL DE LOS INGRESOS	FECHA INICIO / FECHA TERMINACIÓN CONTRATO
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	\$ 7.025.000,00	29-07-2025 A 28-12-2025
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.			
Tipo de aporte	Planilla N°	Mes al que corresponde el aporte	Valor Pagado
Salud	87879940 88560016	JULIO 2025	\$ 771.300
Pensión			\$ 1.049.000
ARL			\$ 64.500
Salud	88894590	AGOSTO 2025	\$ 771.300
Pensión			\$ 1.049.000
ARL			\$ 64.500

En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato No. **CO1.PCCNTR.8133970**, me permito relacionar **las actividades ejecutadas** durante el periodo UNO (1) ENTRE 29-07-2025 AL 28-07-2025, en mi condición de contratista conforme a lo siguiente:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS
--------------------------	---------------------------

1. Concertar con el supervisor del contrato, el cronograma de actividades, donde se priorizaran las entidades y/o instituciones a intervenir	Para dar cumplimiento a esta obligación se elaboró cronograma en concertación con la supervisora del contrato, en el cual se estableció la realización de actividades de seguimiento a las instituciones que por competencia la secretaria de Salud tiene que verificar, como se evidencia en la siguiente tabla: ALCALDIA DE CHIA SECRETARIA DE SALUD CRONOGRAMA DE SEGUIMIENTO EPS <table><tr><th></th><th colspan="5">MES</th></tr><tr><th>EPS</th><th>AGOSTO</th><th>SEPTIEMBRE</th><th>OCTUBRE</th><th>NOVIEMBRE</th><th>DICIEMBRE</th></tr><tr><td>NUEVA EPS</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>COOSALUD</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>FAMISANAR</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>COMPENSAR</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>SANITAS</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>SALUD TOTAL</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>SURA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		MES					EPS	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	NUEVA EPS						COOSALUD						FAMISANAR						COMPENSAR						SANITAS						SALUD TOTAL						SURA					
	MES																																																						
EPS	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE																																																		
NUEVA EPS																																																							
COOSALUD																																																							
FAMISANAR																																																							
COMPENSAR																																																							
SANITAS																																																							
SALUD TOTAL																																																							
SURA																																																							
3. Apoyar el seguimiento de las redes integrales de atención contratadas por las EPS para la atención en salud a la población del municipio de Chía, con sus correspondientes reportes de evaluación a la Secretaría de Salud de Cundinamarca.	Para dar cumplimiento a esta obligación se apoyó a la secretaria de salud en el seguimiento de las redes integrales de atención contratadas por la NUEVA EPS, se verifico el acceso efectivo, real y oportuno de los servicios de salud brindados por esta EPS a los habitantes del municipio, validando que los prestadores y servicios reportados por la EPS para el municipio, estén habilitados en el REPS, e identificando una problemática que se ha ido agudizando en el tema de entrega de medicamentos e insumos para usuarios de la Nueva EPS tanto régimen contributivo como subsidiado, con su dispensador de medicamentos colsubsidio. Ante esta situación quedó en evidencia que es consecuencia de un tema administrativo (falta de pagos); información que fue enviada mediante matriz suministrada por la Gobernación de Cundinamarca al referente William Vega. Como se evidencia a continuación: 																																																						


Supersalud
Ministerio de Salud Pública

RVCC
Datos Generales
Validar Archivos
Cargar Archivo
Programación
0
000000172

Municipio de CHA - 000000172

Historial Validación Archivos

Advertencia: La validación de los archivos no corresponde al envío oficial de la información, su fin es reportar de manera oficial por favor dirigirse a la opción cargar. Recuerde que la información financiera ahora debe ser reportada en pesos y no en euros.



Vigencia	Periodo
2025	07

Tipo	Nombre	Fecha	Estado de Envío	Rebransendido	Extemporaneo	
276	0000001720072025276.txt	04/08/2025 9:15:56 a. m.	Validado	-	-	

Resultado Validación

Archivo: 0000001720072025276.txt

Estado de Envío: Validado

Fecha: 04/08/2025 9:15:56 a. m.

5. Brindar asistencia técnica a la Secretaría de Salud, en asuntos financieros y presupuestales para garantizar la correcta ejecución del fondo local de salud

Con el fin de dar cumplimiento a esta obligación se brindó asistencia técnica a la Secretaría de Salud, en asuntos financieros como la revisión de la ejecución presupuestal de gastos de la secretaria y del Plan de Acción donde se requirió realizar traslado presupuestal para dar cumplimiento a las Metas, Programas y Proyectos del Plan de Desarrollo 2024-2027 mediante las Actividades registradas en el SITESIGO, lo cual se requirió COMFIS que se realizó dentro del periodo de este informe, donde se evidencio la correcta aplicación del traslado de recursos presupuestales para garantizar la adecuada ejecución del fondo local de salud dentro de este tiempo como se evidencia en las siguientes imágenes:

[illegible][illegible]

- Certificate de Disponibilitate Preocupare de Trăbucul expedito per la Secretariat de Trăbucul.
- Conceptul de Trăbucul de Trăbucul de Trăbucul expedito per la Secretariatul Administrativ de Trăbucul.

EDUARDO DOMINGO RILE
 Alcalde Municipal
 mayo 2009

WILLIAM VARGAS
 Gerente General
 mayo 2009

6. Apoyar en la elaboración y análisis de los informes presupuestales y financieros a cargo de la Secretaría de Salud.

Para el cumplimiento de esta actividad se apoyó con el análisis de la ejecución activa y pasiva y se llevó a cabo la solicitud de liberación de saldos sin ejecutar dentro del auxiliar presupuestal de CDPS abiertos como se puede evidenciar en las siguientes imágenes:

[illegible][illegible]

Se asistió a mesa de trabajo organizada por la Dirección de Planificación del Desarrollo – DIPLAN, donde se trató el tema relacionado con la consolidación del Plan Operativo Anual de Inversiones - POAI 2026. Se evidencia la asistencia en la planillas en la siguiente imagen:

brindar soporte a la consolidación de la información, y los informes técnicos solicitados por las auditorías en materia financiera y presupuestal.

The screenshot shows a OneDrive web interface. The top navigation bar includes a search bar and a share button. The left sidebar shows the 'OneDrive' logo and a list of folders. The main content area displays a folder named 'Ejecucion activa y pasiva' containing two files:

Nombre	Modificado...	Modificado...	Tamaño del...	Compartir	Actividad
Ejecucion Activa a 30 de JUNIO DE 20...	6 de agosto	Stella Rumbos	16,7 KB	Compartida	
Ejecucion Pasiva a 30 de JUNIO DE 20...	6 de agosto	Stella Rumbos	24,9 KB	Compartida	

The screenshot shows a Google Drive interface. At the top, there's a search bar and navigation icons. Below that, a list of documents is visible. The selected document is titled "6. Auxiliar de presupuesto de 01 de enero a junio 10 de 2025, de registros por terreno de la subcuenta de salud pública, en formato excel". The document is owned by "Pablo Ramirez" and is located in the "Auxiliar de presupuesto" folder. The document is in "Excel" format and is 10.1 MB in size. It was last modified on "10/06/2025".

The screenshot shows a web browser window displaying a document from Google Drive. The document title is "7 Anuario de Presupuesto de 01 de enero a junio 30 de 2025, de los pagos por tercero realizados desde la subcuenta de salud pública, en formato excel". The document is viewed as a table with the following columns: Nombre, Modificado, Modificado, Tamaño del archivo, Compartido, and Archivado.

Nombre	Modificado	Modificado	Tamaño del archivo	Compartido	Archivado
ASIJAN RESPU... DE INDI...	7 de agosto	Sala Bases	612 KB	[Compartido]	
ASIJAN TERCERA CORREN SALUD PUL...	8 de agosto	Sala Bases	292 KB	[Compartido]	

The screenshot shows a web browser window with the address bar displaying a URL from onedrive.com. The OneDrive interface includes a search bar at the top. Below the navigation bar, the breadcrumb path is visible: Pablo Ramirez > secretaria de salud > AUDITORIAS > 2025 > (formato excel) de las cuentas maestras y no maestras del Fondo Local de Salud Régimen Subsidiado. A table lists the files in the current view, with the following content:

Nombre	Modificado	Modificado	Tamaño del...	Compartir	Actividad
AUXILIAR DE CONTABILIDAD	7 de agosto	Sela Ramo	4 elementos	Compartir	

Stella Ramona Ramming



STELLA RAMOS RAMÍREZ
CC. No. 35.476.486 de Chía

WILLIS REYES VALDES
Supervisor

El presente informe contiene el soporte de pago correspondiente, para el periodo del informe que se presenta. De igual manera, el presente documento se entenderá presentado por el contratista una vez se realice su respectivo cargue en SECOP II.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	35476489	STELLA RAMOS RAMIREZ		Cra 3 No. 18 - 60 Apto 203	6018860595	ramstell2006@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLÉADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-07	2025-07	I	03/07/2025	87879940	10
					TOTAL A PAGAR
					\$1.820.300

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	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	30.900	30.900	0	0		1.049.000	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										

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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 ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	771.300	771.300
Pensión	1	1.049.000	1.049.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	1.820.300	1.820.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	35476489	STELLA RAMOS RAMIREZ		Cra 3 No. 18 - 60 Apto 203	6018860595	ramstell2006@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-07	2025-07	I	03/07/2025	87879940	\$1.820.300
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																					
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres							Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	35476489	RAMOS RAMIREZ STELLA							3	0		N																	25-14	6.170.000	987.200	0	0	30.900	30.900	EPS005	6.170.000	771.300		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-08	2025-08	I	14/08/2025	88894590	\$1.884.800	

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	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	30.900	30.900	0	0		1.049.000	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	64.500				64.500	0	0	64.500			645	64.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
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	1.049.000	1.049.000
Riesgos Laborales	1	64.500	64.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.884.800	1.884.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	35476489	STELLA RAMOS RAMIREZ		Cra 3 No. 18 - 60 Apto 203	6018860595	ramstell2006@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-08	2025-08	I	14/08/2025	88894590	\$1.884.800
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	IVA	IVA	APR	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	35476489	RAMOS RAMIREZ STELLA	59	0	N																		25-14	6.170.000	987.200	0	0	30.900	30.900	EPS005	6.170.000	771.300	14-11	6.170.000	2	64.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	35476489	STELLA RAMOS RAMIREZ		Cra 3 No. 18 - 60 Apto 203	6018860595	ramstell2006@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
87879940	03/07/2025				EMPLADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1
2025-07	2025-07	N	08/08/2025	88560016	0
					TOTAL A PAGAR
					\$64.500

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					

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

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	64.500				64.500	0	0	64.500			645	64.500	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	64.500	64.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	64.500	64.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	35476489	STELLA RAMOS RAMIREZ		Cra 3 No. 18 - 60 Apto 203	6018860595	ramstell2006@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
87879940	03/07/2025				EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	N	08/08/2025	88560016	\$64.500	

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	IVA	IVA	APR	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	35476489	RAMOS RAMIREZ STELLA	59	0	N	R																	25-14	6.170.000	987.200	0	0	30.900	30.900	EPS005	6.170.000	771.300	14-11	6.170.000	2	64.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141192662642			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 35476489				6. DV 8		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
14. Buzón electrónico 32							
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 35476489			
28. País COLOMBIA		29. Departamento Cundinamarca		30. Ciudad/Municipio Chía		175	
31. Primer apellido RAMOS		32. Segundo apellido RAMIREZ		33. Primer nombre STELLA		34. Otros nombres	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Cundinamarca		40. Ciudad/Municipio Chía		175	
41. Dirección principal CR TERCERA 18 60 AP 203							
42. Correo electrónico ramstell2006@hotmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1 6018860595		45. Teléfono 2 3132234783			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica		Ocupación					
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 7112		47. Fecha inicio actividad 20110201		48. Código 6920		49. Fecha inicio actividad 20150427	
50. Código 1		51. Código					
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 52249							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
22- Obligado a cumplir deberes formales a							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código 1234567891011121314151617181920				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X				60. No. de Folios: 0			
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. Firma del solicitante:				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre RAMOS RAMIREZ STELLA 985. Cargo CONTRIBUYENTE			

CERTIFICACION PARA CALCULO DE RETENCION EN LA FUENTE PARA RENTAS
QUE NO PROVENGAN DE UNA RELACION LABORAL O LEGAL Y
REGLAMENTARIA

Yo, Stella Ramos Ramírez identificado con cédula de ciudadanía No. 35.476.489, En cumplimiento del decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, por el cual se reglamenta parcialmente los artículos 206, 331, 336 y 383 del Estatuto Tributario, modificados por los artículos 2, 6, 7 y 8 de la ley 2277 de 2022, se sustituyen, modifican y adicionan unos artículos a la parte 2 del libro del Decreto 1625 de 2016, único reglamentario en materia tributaria, relacionados con la determinación del impuesto sobre la renta a cargo de las personas naturales residentes y la retención en la fuente por concepto de rentas de trabajo. Manifiesto por escrito y bajo la gravedad del juramento que:

Para el cálculo de la retención en la fuente:

☒ No usaré costos en mi declaración de rentas, para que se aplique la tarifa de acuerdo con lo previsto en el artículo 383 del estatuto tributario.

☐ Aplicar la tarifa de retención en la fuente prevista en los artículos 392 y 401 del Estatuto tributario y decretos reglamentarios.

La presente certificación se firma a los 28 del mes de agosto de la vigencia 2025

FIRMA: Stella Ramos Ramírez

Carrera 11 N° 11-29
PBX: 884 4444 Ext. 2010
secretariadehacienda@chia.gov.co
www.chia-cundinamarca.gov.co

Certificación Bancaria

Jueves, 21 de agosto de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que STELLA RAMOS RAMIREZ identificado(a) con CC 35476489, 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 Ahorros / A la mano	33706903327	2001-06-06	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 nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospachoso@bancolombia.com.co