PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Bucaramanga, Diciembre 29 de 2023

Señor (a)
JENNIFER PAOLA MONSALVE LEON
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **4637571**
Coordinadora Académica de Programas Especiales
Instructor G15
Bucaramanga

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes Diciembre del año 2023

Referencia: No 4637571 del año 2023

MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ, identificado con la cédula de ciudadanía No. 63.317.113 de Bucaramanga, en mi calidad de Contratista del SENA, en (Sede Carrera 27 # 19 – 40), en el Programa de atención a la Población desplazada, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación, presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

Valor y forma de Pago: El valor inicial del presente contrato se fija en la suma de **TREINTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE ($31.883.650)**. Incluido IVA Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente forma: a) Un primer pago proporcional a los días ejecutados durante el mes de febrero de 2023 b) nueve (9) pagos iguales por los meses de marzo a noviembre de 2023 por valor de TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA ($3.167.250) PESOS MCTE. C) y un pago final proporcional a los días ejecutados durante el mes de diciembre de 2023. Esta suma será pagada por el SENA al contratista en pagos

mensuales, cada pago será proporcional a los días de ejecución del contrato en el periodo, teniendo como referente la suma de TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA ($3.167.250) PESOS MCTE que corresponde a un periodo de un mes contable.

Los honorarios serán pagados por el SENA de acuerdo con el cronograma definido por la Dirección Administrativa y Financiera de la Dirección General en la cuenta de Ahorros Bancolombia 09051422331 cuyo titular es el contratista

Plazo: Será hasta el 19 de Diciembre de 2023.

OBJETO:
Prestación de servicios personales de carácter temporal para orientar la formación en el programa de atención a la Población Desplazada conforme a los modelos formativos establecidos del CSET.

Obligaciones Especificas:

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Orientar formación a aprendices según su perfil, correspondiente a la "Convocatoria de la APE para la conformación del Banco de Instructores del SENA" en los Programas y Competencias indicados en el "ANEXO 2. PLAN DE CONTRATACION DE INSTRUCTORES" y sus afines.	Certifico orientar formación de los cursos Bisutería sobre telar fichas: 2890523; Muñecos navideños ficha: 2890524; proyectos decorativos con material reciclable ficha 2891259; souvenirs ficha 2900129 y adornos navideños ficha 2900127.	Lista de asistencia y registro fotográfico.
2	Aplicar en la resolución de problemas reales del sector productivo, los conocimientos, habilidades y destrezas pertinentes a las competencias del programa de formación asumiendo estrategias y	Aplicación del Programa acorde al alistamiento, guías y material de apoyo.	Talleres y desarrollo de guía de aprendizaje.

	metodologías de autogestión y/o afines a su competencia.		
3	Evaluar el proceso de aprendizaje diligenciando oportunamente los formatos correspondientes. Reportar en el sistema SOFIA PLUS en un plazo máximo de tres (3) días todas las actividades de acuerdo con los procesos que son de su responsabilidad garantizando la calidad de la información y su coherencia con el proceso formativo.	NA	NA
4	Cumplir el objeto del contrato según la programación que el SENA indique, dentro del Lugar de Ejecución, y acorde a los parámetros de costeo de la formación que la Dirección General del SENA establece (nota1: para los contratos de periodo fijo el lineamiento señala que el instructor contratista debe cumplir con 160 horas de formación directa al mes; nota2: para los contratos por horas, la programación que se costea es el número de horas de formación directa que el instructor contratista ejecute conforme lo establezca la coordinación académica correspondiente).	Certifico orientar formación de los cursos Bisutería sobre telar fichas: 2890523; Muñecos navideños ficha: 2890524; proyectos decorativos con material reciclable ficha 2891259; souvenirs ficha 2900129 y adornos navideños ficha 2900127. Certifico que se realizó reporte de juicio evaluativo de los cursos Bisutería sobre telar fichas: 2890523; Muñecos navideños ficha: 2890524; proyectos decorativos con material reciclable ficha 2891259; souvenirs ficha 2900129 y adornos navideños ficha 2900127.	Lista de asistencia y registro fotográfico.
5	Dar cumplimiento estricto las normas que regulan la Formación Profesional Integral en el SENA.	NA	NA
6	Participar en procesos de promoción de los programas de formación, servicios y	Participar en las reuniones con los lideres de las comunidades.	Registro fotográfico.

	actividades de divulgación tecnológica.		
7	Participar en las labores de montaje y puesta en marcha de equipos y maquinaria relacionados en procesos formativos propios de su área.	NA	NA
8	Coadyuvar en el proceso de ingreso e inducción de aprendices.	Apoyo en el proceso de registro y verificación de información para la matrícula de las respectivas fichas de los cursos solicitados.	Solicitud de los cursos complementarios.
9	EL CONTRATISTA manifiesta que durante la vigencia del contrato no está contratado simultáneamente en otro centro de formación o dependencia del SENA.	Manifiesto que solo me encuentro laborando en el CSET.	Plataforma SECOP II Contrato No.4637571.
10	No utilizar, ni total ni parcialmente la información a que tenga acceso, en beneficio propio o de terceras personas o entidades diferentes a las autorizadas por el SENA.	Utilización adecuada y personal de la información bajo mi responsabilidad.	Plantillas y documentos de compromiso SENA.
11	Organizar y responder por el archivo propio de acuerdo con las tablas de retención documental vigentes para la entidad.	NA	NA
12	Conocer y aplicar los procesos, procedimientos, formatos, y demás documentación establecida en el SIGA relacionados con las actividades del contrato.	Utilización de las plantillas autorizadas por el SENA para el manejo de la información.	Plantillas y documentos de compromiso SENA.
13	Participar de reuniones y/o eventos y/o comités citados y/o delegados por la Subdirección de centro.	NA	NA
14	Contribuir a la planeación que realice el Centro de Servicios Empresariales y Turísticos para	NA	NA

	definir las acciones de la siguiente vigencia.		
15	Brindar apoyo a la supervisión de los contratos que le sean requeridos por la Subdirección del centro.	NA	NA
16	Realizar cuando sea requerido por la Entidad la verificación y evaluación técnica o económica de las propuestas que se reciban dentro de los procesos de contratación de la Entidad.	NA	NA
17	Vigilar y salvaguardar los bienes que hagan parte del patrimonio del SENA o de otras entidades o de particulares puestos al servicio de la entidad, y que le hayan sido entregados para el desarrollo del objeto del contrato, por lo que son sujetos de control y vigilancia; en consecuencia, deberán dar cuenta sobre la entrega de los bienes al supervisor del contrato respectivo y a los órganos de control fiscal y disciplinario, de ser procedente.	NA	NA
18	Presentar los documentos necesarios para cada pago parcial del contrato según el plan de pagos garantizando su oportunidad, veracidad y completitud a fin de contribuir a la correcta ejecución del plan de caja que elabora el centro de formación.	Presentación de la cuenta mes de diciembre, mediante los archivos GF Y GC requeridos.	Plataforma SECOP II.
19	Mantener actualizadas las plataformas tecnológicas que el SENA disponga para el seguimiento, control y gestión conforme al objeto contractual. Atender oportunamente los requerimientos que haga el	Utilización de las plataformas asignadas al cumplimiento del contrato: Contratistas, SECOP II, SIGEP II Sofia Plus.	Plataformas: Contratistas, SECOP II, SIGEP II, Sofia Plus.

	supervisor del contrato y presentar informes correspondientes a su ejecución.		
20	el CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago mensual de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) para la realización de cada pago derivado del mismo; de acuerdo con los lineamientos que emita la Dirección General del SENA en cumplimiento a lo preceptuado en el Decreto 1273 del 23 de julio de 2018. Igualmente, el CONTRATISTA deberá afiliarse a la ARL con el nivel de riesgo que indique el SENA.	Pago de aporte a la seguridad social de manera oportuna.	Pago mes de diciembre año 2023.
21	El contratista debe cumplir con las normas del Sistema General de Riesgos Laborales, en especial, las siguientes: procurar el cuidado integral de su salud; contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo; informar oportunamente al supervisor y/o subdirección del centro la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo, enfermedades laborales y cualquier novedad derivada del contrato; participar en las actividades de prevención y promoción organizadas por el SENA, el Comités Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales; cumplir las normas,	Dar cumplimiento a lo establecido acorde al SGRL y haciendo uso adecuado de los elementos de protección personal.	Material fotográfico de la utilización de los elementos de protección.

	reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.		
22	Las demás que correspondan y sean necesarias para el correcto cumplimiento del objeto contratado.	NA	NA

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto el informe en el Formato Informe Legalización Desplazamiento Contratista GTH-F-087, en el que se describieron las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor.

Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe de ejecución contractual.

ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHA DE DESPLAZAMIENTO INICIAL	FECHA DE DESPLAZAMIENTO FINAL
1.	XX	XX	XX	XX
2.	XX	XX	XX	XX

Nota 1: Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación del informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos electrónicos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados y el No. **8372930978** de la planilla, operador MIPLANILLA y periodo diciembre 2023. (Decreto Ley 2106 de 2019 – “Decreto Ley Antitrámites”)

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos electrónicos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados y el No. **8372930978** de la planilla, operador MIPLANILLA y periodo diciembre 2023. (Decreto Ley 2106 de 2019 – "Decreto Ley Antitrámites")

Evidencias en (xx) folios

Cordialmente,

Martha Altamiranda Martinez

MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ
Contratista
C.C. No. 63.317.113 de Bucaramanga

Recibí a satisfacción:

Jennifer Monsalve León

JENNIFER PAOLA MONSALVE LEON
Supervisor(a) Contrato 4637571 de 2023
Instructor G15

EVIDENCIA DOCUMENTAL - MES: DICIEMBRE

CONTRATO CO1_PCCNTR_4637571– MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ

EVIDENCIAS NOVIEMBRE

Evidencia 1 – FICHA 2890523 PROGRAMA ELABORACION DE TEJIDOS EN MOSTACILLA SOBRE

TELAR- 04 DICIEMBRE DEL 2023





EVIDENCIA DOCUMENTAL - MES: DICIEMBRE

CONTRATO CO1_PCCNTR_4637571– MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ

Evidencia 2– CLASE 05 DE DICIEMBRE SALON COMUNAL, BARRIO PABLO SEXTO

SENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - REGIONAL SANTANDER CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS LISTA ASISTENCIA DE APRENDICES	Version: 1 Fecha: 1/03/2020 Codigo: NA Documento de Apoyo no controlado del CSET

Lugar:	SALON COMUNAL BARRIO PABLO SEXTO		Fecha:	5 Diciembre 2023
Programa de Formación:		DESARROLLO DE PROYECTOS DECORATIVOS Y UTILITARIOS CON MATERIAL RECICLAJE	Codigo:52660006	Version:
Ficha:	2891259	Instructor: MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ		

No.	DOCUMENTO IDENTIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
1	CC - 63347231	ALBA MERCEDES SANTOS VARGAS	
2	CC - 63445703	ALEXANDRA RUIZ VASQUEZ	
3	CC - 63320757	CANDIDA ROSA PEDRAZA SALAZAR	
4	CC - 37809232	CARMEN CECILIA VASQUEZ GOMEZ	
5	CC - 37749617	CIRLEY LORENA CACERES	
6	CC - 63309953	ELISA GARZON HIGUERA	
7	CC - 30208437	ESPERANZA GUALDRON LIPEZ	
8	CC - 63512860	FANNY RIOS LAGUADO	
9	CC - 1005163777	LAUREN DAYANA ORTIZ JAIMES	
10	CC - 63296834	LEONILDE PEDRAZA SALAZAR	
11	CC - 1098615113	LEYDI CARMENZA ALDANA ARIZA	
12	CC - 28156819	LICET VALERO RIOS	
13	CC - 1007330985	LIZ LEANDRA PABON VERA	
14	CC - 63353085	LUZ MARINA ORTEGA TORRES	
15	CC - 63478680	MAGALLY VALDERRAMA ROJAS	
16	CC - 63295575	MARLENE GOMEZ AGUILAR	
17	CC - 1003334224	MARYURIS RICO GRANADOS	
18	CC - 28119606	MERY TULIA DIAZ ARDILA	
19	CC - 63326254	NANCY VARGAS JAIMES	
20	CC - 28161226	OFELMINA ORDUZ MENDEZ	
21	CC - 63488842	SONIA JAIMES RUEDA	
22	CC - 1098796784	VELQUIS VALDERRAMA ROJAS	
23	CC - 1095822848	WENDY JAHZEEL URIBE CRISTIANO	
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			

PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN

CONTRATACIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

CONTRATO No. 4637571 del 2023.

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Martha Altamiranda Martínez

IDENTIFICACION DEL CONTRATISTA: C.C. 63.317.113 de Bucaramanga

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de servicios personales de carácter temporal para orientar la formación en el programa de atención a la Población Desplazada conforme a los modelos formativos establecidos del CSET.

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:

Orientar formación a aprendices según su perfil, correspondiente a la "Convocatoria de la APE para la conformación del Banco de Instructores del SENA" en los Programas y Competencias indicados en el "ANEXO 2. PLAN DE CONTRATACION DE INSTRUCTORES" y sus afines.

Aplicar en la resolución de problemas reales del sector productivo, los conocimientos, habilidades y destrezas pertinentes a las competencias del programa de formación asumiendo estrategias y metodologías de autogestión y/o afines a su competencia.

Evaluar el proceso de aprendizaje diligenciando oportunamente los formatos correspondientes. Reportar en el sistema SOFIA PLUS en un plazo máximo de tres (3) días todas las actividades de acuerdo con los procesos que son de su responsabilidad garantizando la calidad de la información y su coherencia con el proceso formativo.

Cumplir el objeto del contrato según la programación que el SENA indique, dentro del Lugar de Ejecución, y acorde a los parámetros de costeo de la formación que la Dirección General del SENA establece (nota1: para los contratos de periodo fijo el lineamiento señala que el

instructor contratista debe cumplir con 160 horas de formación directa al mes; nota2: para los contratos por horas, la programación que se costea es el número de horas de formación directa que el instructor contratista ejecute conforme lo establezca la coordinación académica correspondiente).

Dar cumplimiento estricto las normas que regulan la Formación Profesional Integral en el SENA.

Participar en procesos de promoción de los programas de formación, servicios y actividades de divulgación tecnológica.
Participar en las labores de montaje y puesta en marcha de equipos y maquinaria relacionados en procesos formativos propios de su área.

Coadyuvar en el proceso de ingreso e inducción de aprendices.

EL CONTRATISTA manifiesta que durante la vigencia del contrato no está contratado simultáneamente en otro centro de formación o dependencia del SENA.

No utilizar, ni total ni parcialmente la información a que tenga acceso, en beneficio propio o de terceras personas o entidades diferentes a las autorizadas por el SENA.

Organizar y responder por el archivo propio de acuerdo con las tablas de retención documental vigentes para la entidad.

Conocer y aplicar los procesos, procedimientos, formatos, y demás documentación establecida en el SIGA relacionados con las actividades del contrato.

Participar de reuniones y/o eventos y/o comités citados y/o delegados por la Subdirección de centro.

Contribuir a la planeación que realice el Centro de Servicios Empresariales y Turísticos para definir las acciones de la siguiente vigencia.

Brindar apoyo a la supervisión de los contratos que le sean requeridos por la Subdirección del centro.

Realizar cuando sea requerido por la Entidad la verificación y evaluación técnica o económica de las propuestas que se reciban dentro de los procesos de contratación de la Entidad.

Vigilar y salvaguardar los bienes que hagan parte del patrimonio del SENA o de otras entidades o de particulares puestos al servicio de la entidad, y que le hayan sido entregados para el desarrollo del objeto del contrato, por lo que son sujetos de control y vigilancia; en consecuencia, deberán dar cuenta sobre la entrega de los bienes al supervisor del contrato respectivo y a los órganos de control fiscal y disciplinario, de ser procedente.

Presentar los documentos necesarios para cada pago parcial del contrato según el plan de pagos garantizando su oportunidad, veracidad y completitud a fin de contribuir a la correcta ejecución del plan de caja que elabora el centro de formación.

Mantener actualizadas las plataformas tecnológicas que el SENA disponga para el seguimiento, control y gestión conforme al objeto contractual. Atender oportunamente los requerimientos que haga el supervisor del contrato y presentar informes correspondientes a su ejecución.

el CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago mensual de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) para la realización de cada pago derivado del mismo; de acuerdo con los lineamientos que emita la Dirección General del SENA en cumplimiento a lo preceptuado en el Decreto 1273 del 23 de julio de 2018. Igualmente, el CONTRATISTA deberá afiliarse a la ARL con el nivel de riesgo que indique el SENA.

El contratista debe cumplir con las normas del Sistema General de Riesgos Laborales, en especial, las siguientes: procurar el cuidado integral de su salud; contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo; informar oportunamente al supervisor y/o subdirección del centro la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo, enfermedades laborales y cualquier

novedad derivada del contrato; participar en las actividades de prevención y promoción organizadas por el SENA, el Comités Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales; cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.

Las demás que correspondan y sean necesarias para el correcto cumplimiento del objeto contratado.

LUGAR DE EJECUCIÓN: SEDE DEL SENA CARRERA 27 No 15 – 07 Programa de atención a la población desplazada.

PLAZO DE EJECUCIÓN: Diez (10) meses y cuatro (4) días con una prórroga de diez (10) días para un total de trescientos doce días (312).

FECHA DE INICIACIÓN CONTRATO: **16 DE FEBRERO DE 2023**

FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: **29 DE DICIEMBRE DE 2023**

VIGENCIA DEL CONTRATO: Diez (10) meses y cuatro (4) días con una prórroga de diez (10) días para un total de trescientos doce días (312).

VALOR DEL CONTRATO: El valor inicial del presente contrato se fija en la suma de **TREINTA Y UN MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE ($31.883.650)** con una adición por el valor de **UN MILLON CINCUENTA Y CINCO MIL SETENCIENTOS PESOS M/CTE ($1.055.750)** para un valor final del contrato con **TREINTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE ($32.939.400)**

SUPERVISOR: JENNIFER PAOLA MONSALVE LEÒN

PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN

CONTRATACIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

IDENTIFICACION DEL SUPERVISOR: No. Cédula 1.098.640.073

SUSPENSIONES Y AMPLIACIONES DE SUSPENSIÓN: SI____ NO__X_

ACTAS No.	TIEMPO	CAUSALES

BALANCE FINANCIERO:

Valor total del contrato	$32.933.400
Valor Ejecutado	$32.933.400
Saldo de pendiente de cancelar al contratista	$.....
Saldo a liberar	$ ……

PRODUCTOS O ACTIVIDADES EJECUTADAS

Realizar promoción, difusión y socialización de la formación en los diferentes puntos de la ciudad, por intermedio de los lideres comunales, vive digitales, fundaciones entre otros
Impartir formación de los cursos cortos como: Elaboración de productos en mostacilla sobre telar, desarrollo de proyectos decorativos y utilitarios con material reciclable, confección de muñecas de trapo, elaboración de complementos en bisutería con técnica de ensartado, elaboración de adornos navideños y elaboración de souvenirs artesanal.
Crear ruta de aprendizaje, asociar aprendices y emitir juicio evaluativo.

FICHA 2725469 ELABORACION DE PRODUCTOS EN MOSTACILLA SOBRE TELAR
FICHA 2725468 DESARROLLO DE PROYECTOS DECORATIVOS Y UTILITARIOS CON MATERIAL RECICLABLE
FICHA 2726836 ELABORACION DE PRODUCTOS EN MOSTACILLA SOBRE TELAR
FICHA 2734240 ELABORACION DE PRODUCTOS EN MOSTACILLA SOBRE TELAR
FICHA 2735591 ELABORACION DE PRODUCTOS EN MOSTACILLA SOBRE TELAR
FICHA 2753264 CONFECCION DE MUÑECAS DE TRAPO
FICHA 2759730 ELABORACION DE COMPLEMENTOS EN BISUTERIA CON TECNICA DE ENSARTADO
FICHA 2762961 CONFECCION DE MUÑECAS DE TRAPO
FICHA 2766263 ELABORACION DE PRODUCTOS TEJIDOS EN MOSTACILLA SOBRE TELAR
FICHA 2768558 CONFECCION DE MUÑECAS DE TRAPO
FICHA 2776363 CONFECCION DE MUÑECAS DE TRAPO
FICHA 2789711 ELABORACION DE COMPLEMENTOS EN BISUTERIA CON TECNICA DE ENSARTADO
FICHA 2790303 ELABORACION DE COMPLEMENTOS EN BISUTERIA CON TECNICA DE ENSARTADO

FICHA 2797496 ELABORACION DE COMPLEMENTOS EN BISUTERIA CON TECNICA DE ENSARTADO
FICHA 2807102 ELABORACION DE PRODUCTOS TEJIDOS EN MOSTACILLA SOBRE TELAR
FICHA 2809490 ELABORACION DE PRODUCTOS TEJIDOS EN MOSTACILLA SOBRE TELAR
FICHA 2809523 CONFECCION DE MUÑECOS NAVIDEÑOS
FICHA 2809489CONFECCION DE MUÑECOS NAVIDEÑOS
FICHA 2812517 ELABORACION DE PRODUCTOS TEJIDOS EN MOSTACILLA SOBRE TELAR
FICHA 2828543 CONFECCION DE MUÑECOS NAVIDEÑOS
FICHA 2828538 ELABORACION DE COMPLEMENTOS EN BISUTERIA CON TECNICA DE ENSARTADO
FICHA 2831651 ELABORACION DE PRODUCTOS TEJIDOS EN MOSTACILLA SOBRE TELAR
FICHA 2842005 CONFECCION DE MUÑECOS NAVIDEÑOS
FICHA 2851795 ELABORACION DE COMPLEMENTOS EN BISUTERIA CON TECNICA DE ENSARTADO
FICHA 2854987 CONFECCION DE MUÑECOS NAVIDEÑOS
FICHA 2854971 CONFECCION DE MUÑECOS NAVIDEÑOS
FICHA 2858684 ELABORACION DE ADORNOS NAVIDEÑOS

PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN

CONTRATACIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

FICHA 2858685 ELABORACION DE PRODUCTOS EN MOSTACILLA SOBRE TELAR
FICHA 2872871 DESARROLLO DE PROYECTOS DECORATIVOS Y UTILITARIOS CON MATERIAL RECICLABLE
FICHA 2876514 ELABORACION DE COMPLEMENTOS EN BISUTERIA CON TECNICA DE ENSARTADO
FICHA 2890524 CONFECCION DE MUÑECOS NAVIDEÑOS
FICHA 2890523 ELABORACION DE PRODUCTOS EN MOSTACILLA SOBRE TELAR
FICHA 2891259 DESARROLLO DE PROYECTOS DECORATIVOS Y UTILITARIOS CON MATERIAL RECICLABLE
FICHA 2900127 ELABORACION DE ADORNOS NAVIDEÑOS
FICHA 2900129 ELABORACION DE SOUVENIR ARTESANAL

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISIÓN SOBRE LOS PRODUCTOS O ACTIVIDADES EJECUTADAS

SANCIONES: SI___ NO___

CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: SI__ NO__

PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN

CONTRATACIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

GRADO DE SATISFACCIÓN: EXCELENTE X BUENO__ REGULAR__ INSUFICIENTE__

Atentamente,

JENNIFER PAOLA MONSALVE LEON
FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ
No. Identificación: CC63317113
Dirección: CALE 100 36 42 T7 APTO 103
Telefono: 6479941
Correo: martha_ma16@hotmail.com
Ciudad: BUCARAMANGA
Número de Planilla: 8365697810

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC63317113	**Periodo de Cotización Salud**	febrero de 2023
Número de planilla	8365697810	**Periodo de Cotización Pensión**	febrero de 2023
Fecha pago	2023-02-21	**Número de Administradoras**	2
Número de autorización pago	78056422	**Total Pagado**	173300
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8365697810

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	28300	1
EPS002	Salud Total EPS	145000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 63317113
APELLIDOS Y NOMBRES: MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002		1160000	0	1160000	0	145000	0	0	0	28300	0

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

porvenir

COMPROBANTE DE CONSIGNACIÓN

Fondo Voluntario de Pensión

No. 42448251

CUENTAS RECAUDADORAS

Banco AV Villas	000 - 25777-4	Banco de Occidente	256- 03684-9
Banco de Bogotá	000 - 34472-1	Banco Popular	150- 21309-8

C.C, NIT, CE, TI, RC: 6 3 3 1 7 1 1 3

*DISTRIBUCIÓN O CLAVE DE PORVENIR: 7 2 5 3 3 2

ANEXOS: Disquete ☐ Listado ☐ No. de hojas _____

*Deberá indicarse el número de la distribución; de lo contrario, el aporte se acreditará teniendo en cuenta las plantillas definidas por defecto en su cuenta individual.

FAVOR ANOTAR EL NÚMERO DE LA CUENTA RECAUDADORA AL RESPALDO DEL CHEQUE

DEPÓSITO **

COD. BCO.	No. DEL CHEQUE LOCAL	VALOR $
EFECTIVO		250.000

NOMBRE DEL CLIENTE: Martha Alfonso Miranda

TELEFONO: 3167873423

(415)7709998002197(8020)0042448251

Banco de Bogotá 900 Centro Comercial Cs

2121 OR090003 Usu3910 T582
CCte****4721 01/02/23 14:37 H.NO
PENSIONES VOLUNTARIAS PO CE0 1783
Us:0042448251
Valor Efectivo:250,000.00
Vr.Cheq: 0.00 0
Valor Crédito:0.00
Valor ND:0.00
Valor Total:250,000.00

ESPACIO PARA TIMBRE

PARA TODOS LOS EFECTOS SE TOMARÁ COMO VÁLIDA LA FECHA DEL TIMBRE O SELLO DE LA ENTIDAD RECAUDADORA

— CLIENTE —

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ
No. Identificación: CC63317113
Dirección: CALE 100 36 42 T7 APTO 103
Telefono: 6479941
Correo: martha_ma16@hotmail.com
Ciudad: BUCARAMANGA
Número de Planilla: 8366279097

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC63317113	**Periodo de Cotización Salud**	marzo de 2023
Número de planilla	8366279097	**Periodo de Cotización Pensión**	marzo de 2023
Fecha pago	2023-03-13	**Número de Administradoras**	2
Número de autorización pago	20919597	**Total Pagado**	173300
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8366279097

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	28300	1
EPS002	Salud Total EPS	145000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 63317113
APELLIDOS Y NOMBRES: MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002		1160000	0	1160000	0	145000	0	0	0	28300	0

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ	**NIT:**	63317113
Tipo Planilla:	N	**Periodo liquidación Pensiones:**	marzo 2023
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	marzo 2023
Número de Radicación:	66416488	**Total a pagar:**	$16,000
Fecha de vencimiento:	21/03/2023	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	21/03/2023	**Número de Administradoras:**	2

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número Autorización:**	1980581790
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$2,600
EPS002	800130907	Salud Total EPS	1		$0	$13,400
						$16,000

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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

porvenir

COMPROBANTE DE CONSIGNACIÓN

Fondo de Pensiones Voluntarias

No. 41998792

CUENTAS RECAUDADORAS

Banco AV Villas	000-25777-4	Banco de Occidente	256-03684-9
Banco de Bogotá	000-34472-1	Banco Popular	150-21309-8

C.C, NIT, C.E, TI, RC: 6 3 3 1 7 1 1 3

• DISTRIBUCIÓN O CLAVE DE PORVENIR: 7 2 5 3 3 2

ANEXOS — Disquete ☐ Listado ☐ No. de hojas ____

*Deberá indicarse el número de la distribución; de lo contrario, el aporte se acreditará teniendo en cuenta las plantillas definidas por defecto en su cuenta individual.

FAVOR ANOTAR EL NÚMERO DE LA CUENTA RECAUDADORA AL RESPALDO DEL CHEQUE

DEPÓSITO **

COD. BCO.	No DEL CHEQUE LOCAL	VALOR $
EFECTIVO		300.000

NOMBRE DEL CLIENTE: Guillermo Alfonso Martinez

TELEFONO: 3167873423

(415)7709998002197(8020)0041998792

ESPACIO PARA TIMBRE

```
NVV 314 20230310 10:41 SC 943 LINEA    D
EF        300,000.00 CH                0.00
NOMBRE: FONDO DE PENSIONES VOLUNTARIAS
CTA:000257774   PIN: 0000000000000000000
REF:63317113
****5134
PIN TXN: 30104814201869
DESTINO:DIGICOM_Bogotá
REF1 63317113          REF2 725332
REF3 0041998792
```

PARA TODOS LOS EFECTOS, SE TOMARÁ COMO VÁLIDA LA FECHA DEL TIMBRE O SELLO DE LA ENTIDAD RECAUDADORA

- CLIENTE -

dispapeles 88263

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	63317113	MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ	cale 100 36 42 t7 apto 103	6479941	martha_ma16@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	BUCARAMANGA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-04	2023-04	I	13/04/2023	67027673	$189.300	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	158.400	0		0		0	0	0	0	158.400	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

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	30.900				30.900	0	0	30.900			309	30.900	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	158.400	158.400
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	30.900	30.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	189.300	189.300

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	63317113	MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ		cale 100 36 42 t7 apto 103	6479941	martha_ma16@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-04	2023-04	I	13/04/2023	67027673	$189.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	63317113	ALTAMIRANDA MARTINEZ MARTHA	59	3			N																		0	0	0	0	0	0	EPS002	1.266.900	158.400	14-23	1.266.900	3	30.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

porvenir

COMPROBANTE DE CONSIGNACIÓN

Fondo de Pensiones Voluntarias

No. 41998790

CUENTAS RECAUDADORAS

Banco AV Villas	000-25777-4	Banco de Occidente	256-03684-9
Banco de Bogotá	000-34472-1	Banco Popular	150-21309-8

C.C, NIT, C.E, TI, RC: 63317113

* DISTRIBUCIÓN O CLAVE DE PORVENIR: 725332

ANEXOS: Disquete ☐ Listado ☐ No. de hojas _____

*Deberá indicarse el número de la distribución; de lo contrario, el aporte se acreditará teniendo en cuenta las plantillas definidas por defecto en su cuenta individual.

FAVOR ANOTAR EL NÚMERO DE LA CUENTA RECAUDADORA AL RESPALDO DEL CHEQUE

DEPÓSITO **

COD. BCO.	No DEL CHEQUE LOCAL	VALOR $
EFECTIVO		300.000

NOMBRE DEL CLIENTE: Natalia Hernandez — TELÉFONO: 3167873423

(415)7709998002197(8020)0041998790

ESPACIO PARA TIMBRE

AUV 903 20230413 09:26 SC 211 LINEA D
EF 300,000.00 CH 0.00
NOMBRE: FONDO DE PENSIONES VOLUNTARIAS
CTA:000257774 PIN: 00000000000000000000
REF:63317113
****9298
PIN TXN: 97033127600851
DESTINO:DIGICOM_Bogotá
REF1 63317113 REF2 725332
REF3 0041998790

PARA TODOS LOS EFECTOS, SE TOMARÁ COMO VÁLIDA LA FECHA DEL TIMBRE O SELLO DE LA ENTIDAD RECAUDADORA

- CLIENTE -

dispapeles 88263

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ
No. Identificación: CC63317113
Dirección: CALE 100 36 42 T7 APTO 103
Telefono: 6479941
Correo: martha_ma16@hotmail.com
Ciudad: BUCARAMANGA
Número de Planilla: 8367632841

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC63317113	**Periodo de Cotización Salud**	mayo de 2023
Número de planilla	8367632841	**Periodo de Cotización Pensión**	mayo de 2023
Fecha pago	2023-05-08	**Número de Administradoras**	2
Número de autorización pago	56107121	**Total Pagado**	189300
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8367632841

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30900	1
EPS002	Salud Total EPS	158400	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 63317113
APELLIDOS Y NOMBRES: MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002		1266900	0	1266900	0	158400	0	0	0	30900	0

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

porvenir

COMPROBANTE DE CONSIGNACIÓN

Fondo Voluntario de Pensión

No. 42448252

CUENTAS RECAUDADORAS

Banco AV Villas	000 - 25777-4	Banco de Occidente	256- 03684-9
Banco de Bogotá	000 - 34472-1	Banco Popular	150- 21309-8

(415)7709998002197(8020)0042448252

C.C, NIT, CE, TI, RC: 63317113

*DISTRIBUCIÓN O CLAVE DE PORVENIR: 725332

ANEXOS: Disquete ☐ Listado ☐ No. de hojas _____

*Deberá indicarse el número de la distribución; de lo contrario, el aporte se acreditará teniendo en cuenta las plantillas definidas por defecto en su cuenta individual.

FAVOR ANOTAR EL NÚMERO DE LA CUENTA RECAUDADORA AL RESPALDO DEL CHEQUE

DEPÓSITO **

COD. BCO.	No. DEL CHEQUE LOCAL	VALOR $

EFECTIVO: 300.000

NOMBRE DEL CLIENTE: Nadia Alhamirando — TELÉFONO: 3167873423

ESPACIO PARA TIMBRE

PARA TODOS LOS EFECTOS SE TOMARÁ COMO VÁLIDA LA FECHA DEL TIMBRE O SELLO DE LA ENTIDAD RECAUDADORA

— CLIENTE —

Banco de Bogota 900 Centro Comercial Ca
Srv 2121 OR090001 Usu4817 T88
CCte*****4721 06/05/23 09:28 H.NO
PENSIONES VOLUNTARIAS PO CEO 1783
Us:0042448252
Valor Efectivo:300,000.00
Vr.Cheq: 0.00
Val. Credito: 0.00
Valor: 0.00
Valor Total:300,000.00

Nadia Alhamirando Martinez
63317113

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ
No. Identificación: CC63317113
Dirección: CALE 100 36 42 T7 APTO 103
Telefono: 6479941
Correo: martha_ma16@hotmail.com
Ciudad: BUCARAMANGA
Número de Planilla: 68548074

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC63317113	**Periodo de Cotización Salud**	junio de 2023
Número de planilla	68548074	**Periodo de Cotización Pensión**	junio de 2023
Fecha pago	2023-06-13	**Número de Administradoras**	2
Número de autorización pago	1444341	**Total Pagado**	189300
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30900	1
EPS002	Salud Total EPS	158400	1

68548074

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 63317113
APELLIDOS Y NOMBRES: MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002		1266900	0	1266900	0	158400	0	0	0	30900	0

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

porvenir

COMPROBANTE DE CONSIGNACIÓN

Fondo Voluntario de Pensión

No. 42448253

CUENTAS RECAUDADORAS

Banco AV Villas	000 - 25777-4	Banco de Occidente	256- 03684-9
Banco de Bogotá	000 - 34472-1	Banco Popular	150- 21309-8

C.C, NIT, CE, TI, RC: 63317113

*DISTRIBUCIÓN O CLAVE DE PORVENIR: 725332

ANEXOS: Disquete ☐ Listado ☐ No. de hojas _____

*Deberá indicarse el número de la distribucón; de lo contrario, el aporte se acreditará teniendo en cuenta las plantillas definidas por defecto en su cuenta individual.

FAVOR ANOTAR EL NÚMERO DE LA CUENTA RECAUDADORA AL RESPALDO DEL CHEQUE

DEPÓSITO **

COD. BCO.	No. DEL CHEQUE LOCAL	VALOR $

EFECTIVO	300.000=

NOMBRE DEL CLIENTE: Maltamizan dal

TELÉFONO: 3167873423

(415)7709998002197(8020)0042448253

ESPACIO PARA TIMBRE

Banco de Bogota 900 Centro Comercial Ca
Srv 2121 OR090003 Usu0170 1922
CCte****4721 13/06/23 16:03 H.NO
PENSIONES VOLUNTARIAS PO CEO 1783
Us:0042448253
Valor Efectivo:300,000.00
Vr.Cheq: 0.00 0
Valor Crédito:0.00
Valor ND:0.00
Valor Total:300,000.00

PARA TODOS LOS EFECTOS SE TOMARÁ COMO VÁLIDA LA FECHA DEL TIMBRE O SELLO DE LA ENTIDAD RECAUDADORA

— CLIENTE —

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ
No. Identificación: CC63317113
Dirección: CALE 100 36 42 T7 APTO 103
Telefono: 6479941
Correo: martha_ma16@hotmail.com
Ciudad: BUCARAMANGA
Número de Planilla: 8369349736

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC63317113	**Periodo de Cotización Salud**	julio de 2023
Número de planilla	8369349736	**Periodo de Cotización Pensión**	julio de 2023
Fecha pago	2023-07-13	**Número de Administradoras**	2
Número de autorización pago	56140196	**Total Pagado**	189300
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30900	1
EPS002	Salud Total EPS	158400	1

8369349736

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 63317113
APELLIDOS Y NOMBRES: MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002		1266900	0	1266900	0	158400	0	0	0	30900	0

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

porvenir

COMPROBANTE DE CONSIGNACIÓN

No. 42448254

Fondo Voluntario de Pensión

CUENTAS RECAUDADORAS

Banco AV Villas	000 - 25777-4	Banco de Occidente	256- 03684-9
Banco de Bogotá	000 - 34472-1	Banco Popular	150- 21309-8

C.C. NIT. CE. TI. RC: 63317113

*DISTRIBUCIÓN O CLAVE DE PORVENIR: 725332

ANEXOS: Disquete ☐ Listado ☐ No. de hojas _____

*Deberá indicarse el número de la distribución, de lo contrario, el aporte se acreditará teniendo en cuenta las plantillas definidas por defecto en su cuenta individual.

FAVOR ANOTAR EL NUMERO DE LA CUENTA RECAUDADORA AL RESPALDO DEL CHEQUE

DEPÓSITO **

COD BCO	No. DEL CHEQUE LOCAL	VALOR $
EFECTIVO		300.000

NOMBRE DEL CLIENTE: [illegible] Alfonso Martinez

TELEFONO: 3167873423

(415)7709998002197(8020)0042448254

ESPACIO PARA TIMBRE

de Bogota 900 Centro Comercial La
Sec 2121 OP020007 Usu0170 T470
CCte8888884721 13/07/23 15:50 H.NO
PENSIONES VOLUNTARIAS PO CFO 1783
Us:0042448254
Valor Efectivo:300,000.00
Vr.Cheq: 0.00 0
Valor Credito:0.00
Valor ND:0.00
Valor Total:300,000.00

PARA TODOS LOS EFECTOS SE TOMARA COMO VALIDA LA FECHA DEL TIMBRE O SELLO DE LA ENTIDAD RECAUDADORA

— CLIENTE —

Nathio Alfonso Martinez

Powered by CamScanner

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ
No. Identificación: CC63317113
Dirección: CALE 100 36 42 T7 APTO 103
Telefono: 6479941
Correo: martha_ma16@hotmail.com
Ciudad: BUCARAMANGA
Número de Planilla: 70032446

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC63317113	**Periodo de Cotización Salud**	agosto de 2023
Número de planilla	70032446	**Periodo de Cotización Pensión**	agosto de 2023
Fecha pago	2023-08-11	**Número de Administradoras**	2
Número de autorización pago	1493950	**Total Pagado**	189300
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30900	1
EPS002	Salud Total EPS	158400	1

70032446

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 63317113
APELLIDOS Y NOMBRES: MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002		1266900	0	1266900	0	158400	0	0	0	30900	0

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

porvenir

COMPROBANTE DE CONSIGNACIÓN

Fondo Voluntario de Pensión

No. 42448255

CUENTAS RECAUDADORAS

Banco AV Villas	000 - 25777-4	Banco de Occidente	256- 03684-9
Banco de Bogotá	000 - 34472-1	Banco Popular	150- 21309-8

C.C, NIT, CE, TI, RC: 6 3 3 1 7 1 1 3

*DISTRIBUCIÓN O CLAVE DE PORVENIR: 7 2 5 3 3 2

ANEXOS: Disquete ☐ Listado ☐ No. de hojas _____

*Deberá indicarse el número de la distribución; de lo contrario, el aporte se acreditará teniendo en cuenta las plantillas definidas por defecto en su cuenta individual.

FAVOR ANOTAR EL NÚMERO DE LA CUENTA RECAUDADORA AL RESPALDO DEL CHEQUE

DEPÓSITO **

COD. BCO.	No. DEL CHEQUE LOCAL	VALOR $

EFECTIVO: 300.000=

NOMBRE DEL CLIENTE: Nelly Alquinaldo

TELÉFONO: 3167873423

(415)7709998002197(8020)0042448255

ESPACIO PARA TIMBRE

```
Banco de Bogota 900 Centro Comercial Ca
Srv 2121 ORO90003  Usu8811   T555
CCte*****4721 14/08/23 14:32 H.NO
PENSIONES VOLUNTARIAS PO  CEO 1783
Us:0042448255
Valor Efectivo:300,000.00
Vr.Cheq:      0.00              0
Valor Crédito:0.00
Valor ND:0.00
Valor Total:300,000.00
```

PARA TODOS LOS EFECTOS SE TOMARÁ COMO VÁLIDA LA FECHA DEL TIMBRE O SELLO DE LA ENTIDAD RECAUDADORA

— CLIENTE —

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ
No. Identificación: CC63317113
Dirección: CALE 100 36 42 T7 APTO 103
Telefono: 6479941
Correo: martha_ma16@hotmail.com
Ciudad: BUCARAMANGA
Número de Planilla: 70759005

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ
Tipo y número de identificación	CC63317113
Número de planilla	70759005
Fecha pago	2023-09-12
Número de autorización pago	1518618
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2023
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2023
Número de Administradoras	2
Total Pagado	189300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30900	1
EPS002	Salud Total EPS	158400	1

70759005

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 63317113
APELLIDOS Y NOMBRES: MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002		1266900	0	1266900	0	158400	0	0	0	30900	0

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

COMPROBANTE DE CONSIGNACIÓN

porvenir **Fondo de Pensiones Voluntarias**

746

CUENTAS RECAUDADORAS

Banco AV Villas	000-25777-4	Banco de Occidente	256-03684-9
Banco de Bogotá	000-34472-1	Banco Popular	150-21309-8

C.C, NIT, C.E, TI, RC: 63317113

* DISTRIBUCIÓN O CLAVE DE PORVENIR: 725332

ANEXOS: Disquete ☐ Listado ☐ No. de hojas _____

*Deberá indicarse el número de la distribución; de lo contrario, el aporte se acreditará teniendo en cuenta las plantillas definidas por defecto en su cuenta individual.

FAVOR ANOTAR EL NÚMERO DE LA CUENTA RECAUDADORA AL RESPALDO DEL CHEQUE

DEPÓSITO **

COD. BCO.	No DEL CHEQUE LOCAL	VALOR $
EFECTIVO		300.000 =

NOMBRE DEL CLIENTE

TELEFONO

(415)7709998002197(8020)0042384746

ESPACIO PARA TIMBRE

Banco de Bogota 900 Centro Comercial Ca
Srv 2121 OR090002 Usu8811 T59
CCte*****4721 14/09/23 09:41 H.NO
PENSIONES VOLUNTARIAS PO CEO 1783
Us:0042384746
Valor Efectivo:300,000.00
Vr.Cheq: 0.00 0
Valor Crédito:0.00
Valor ND:0.00
Valor Total:300,000.00

PARA TODOS LOS EFECTOS, SE TOMARÁ COMO VÁLIDA LA FECHA DEL TIMBRE O SELLO DE LA ENTIDAD RECAUDADORA

- CLIENTE -

88263

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ
No. Identificación: CC63317113
Dirección: CALE 100 36 42 T7 APTO 103
Telefono: 6479941
Correo: martha_ma16@hotmail.com
Ciudad: BUCARAMANGA
Número de Planilla: 8371586850

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC63317113	**Periodo de Cotización Salud**	octubre de 2023
Número de planilla	8371586850	**Periodo de Cotización Pensión**	octubre de 2023
Fecha pago	2023-10-13	**Número de Administradoras**	2
Número de autorización pago	50281122	**Total Pagado**	189300
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8371586850

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30900	1
EPS002	Salud Total EPS	158400	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 63317113
APELLIDOS Y NOMBRES: MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002		1266900	0	1266900	0	158400	0	0	0	30900	0

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

porvenir

COMPROBANTE DE CONSIGNACIÓN

Fondo de Pensiones Voluntarias

No. 42384747

CUENTAS RECAUDADORAS			
Banco AV Villas	000-25777-4	Banco de Occidente	256-03684-9
Banco de Bogotá	000-34472-1	Banco Popular	150-21309-8

C.C, NIT, C.E, TI, RC: 6331711113

* DISTRIBUCIÓN O CLAVE DE PORVENIR: 725332

ANEXOS: Disquete ☐ Listado ☐ No. de hojas _____

*Deberá indicarse el número de la distribución; de lo contrario, el aporte se acreditará teniendo en cuenta las plantillas definidas por defecto en su cuenta individual.

FAVOR ANOTAR EL NÚMERO DE LA CUENTA RECAUDADORA AL RESPALDO DEL CHEQUE

DEPÓSITO **

COD. BCO.	No DEL CHEQUE LOCAL	VALOR $
	—	—
EFECTIVO		300.000

NOMBRE DEL CLIENTE: Yeltsin Alemancio

TELÉFONO: 3167873423

(415)7709998002197(8020)0042384747

ESPACIO PARA TIMBRE

Banco de Bogota 700 Centro Comercial Ca
Srv 2121 ORG90001 Usu4617 T119
CCte****4721 13/10/23 09:09 H.ND
PENSIONES VOLUNTARIAS PO CEO 1783
Us:0042384747
Valor Efectivo:300,000.00
Vr.Cheq: 0.00 0
Valor Credito:0.00
Valor NC:0.00
Valor Total:300,000.00

dispapeles 88263

PARA TODOS LOS EFECTOS, SE TOMARÁ COMO VÁLIDA LA FECHA DEL TIMBRE O SELLO DE LA ENTIDAD RECAUDADORA

- CLIENTE -

Powered by CamScanner

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	63317113	MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ	cale 100 36 42 t7 apto 103	6479941	martha_ma16@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	BUCARAMANGA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-11	2023-11	I	14/11/2023	72421792	$189.300

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	158.400	0		0		0	0	0	0	158.400	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

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	30.900				30.900	0	0	30.900			309	30.900	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	158.400	158.400
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	30.900	30.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	189.300	189.300

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	63317113	MARTHA ALTAMIRANDA MARTINEZ		cale 100 36 42 t7 apto 103	6479941	martha_ma16@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-11	I	14/11/2023	72421792	$189.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	63317113	ALTAMIRANDA MARTINEZ MARTHA	59	3			N																		0	0	0	0	0	0	EPS002	1.266.900	158.400	14-23	1.266.900	3	30.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

porvenir

COMPROBANTE DE CONSIGNACIÓN

Fondo de Pensiones Voluntarias

No. 42384749

CUENTAS RECAUDADORAS

Banco AV Villas	000-25777-4	Banco de Occidente	256-03684-9
Banco de Bogotá	000-34472-1	Banco Popular	150-21309-8

C.C, NIT, C.E, TI, RC: 6331711 3

* DISTRIBUCIÓN O CLAVE DE PORVENIR: 725332

ANEXOS: Disquete ☐ Listado ☐ No. de hojas ____

*Deberá indicarse el número de la distribución; de lo contrario, el aporte se acreditará teniendo en cuenta las plantillas definidas por defecto en su cuenta individual.

FAVOR ANOTAR EL NÚMERO DE LA CUENTA RECAUDADORA AL RESPALDO DEL CHEQUE

DEPÓSITO **

COD. BCO.	No DEL CHEQUE LOCAL	VALOR $
	———	———
EFECTIVO		300.000

NOMBRE DEL CLIENTE: Nubia Alfonso Cuello

TELEFONO: 3167873423

(415)7709998002197(8020)0042384749

ESPACIO PARA TIMBRE

Banco de Bogota 900 Centro Comercial Ca
Srv 2121 OR090002 Usu8811 T202
CCte*****4721 15/11/23 10:12 H.NO
PENSIONES VOLUNTARIAS PO CEO 1783
Us:0042384749
Valor Efectivo:300,000.00
Vr.Cheq: 0.00 0
Valor Crédito:0.00
Valor ND:0.00
Valor Total:300,000.00

PARA TODOS LOS EFECTOS, SE TOMARÁ COMO VALIDA LA FECHA DEL TIMBRE O SELLO DE LA ENTIDAD RECAUDADORA

- CLIENTE -

discopeles 88263

Powered by CamScanner