7276

ALCALDÍA DE PUERTO GAITÁN, META	FORMATO DE CERTIFICADO PAGO SEGURIDAD SOCIAL OTRO TIPO DE CONTRATOS			Puerto Gaitán Paraíso Natural
	CONTRATACIÒN			
	Código: DAC-FR-100	Versión: 02	Vigencia: 10/01/2025	

EL SUSCRITO SUPERVISOR(A) DEL MUNICIPIO DE PUERTO GAITÁN - META
PAGO DE APORTES OBLIGATORIOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
(ARTÍCULO 23 LEY 1150 DE 2007)
(Decreto 1703 de 2002)
(Ley 797 de 2003)

HACE CONSTAR:

Por medio del presente escrito certifico en mi calidad de SUPERVISOR del contrato N°0166 de 2025, que, **CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025** , identificado(a) con NIT 901901937-0 como representante legal **SULVY ANTONIA LOPEZ PARRA** identificada con numero de cedula de ciudadanía N° 40.187.444 de Villavicencio - Meta , cumplió en el periodo del **27** de **Enero** al **28** del mes **Febrero** del **2025** y realizó, conforme a los documentos soporte, el pago de Aportes Obligatorios al Sistema de Seguridad Social (SALUD, PENSION, ARL, ICBF, CAJA DE COMPENSACION, SENA) correspondiente a los ingresos provenientes del Contrato de Prestación de Servicios suscrito con la Alcaldía del Municipio de Puerto Gaitán-Meta, materia del presente pago.

Cuyo objeto es: INTERVENTORÍA TÉCNICA, JURÍDICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR REGULAR E INDIGENA EN LAS SEDES EDUCATIVAS DEL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO GAITÁN; EN IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO BPIN 2024505680104

La certificación la realizo previa verificación del pago por los medios electrónicos de la Planilla del pago a la Seguridad Social, (COMPENSAR MI PLANILLA, SOI, APORTES EN LINEA) Integrada de Liquidación de Aportes al pago a la Seguridad Social, con pago a SALUD, PENSIONES, ARL, ICBF, SENA, CAJA DE COMPENSACION. Correspondiente al mes **Enero** y **Febrero** del 2025, que se adjunta en cincuenta y nueve (59) folios.

MES	No PLANILLA	FECHA PAGO DE PLANILLA	SALUD	PENSIÓN	ARL	ICBF	SENA	CAJA DE COMPENSACION	TOTAL
Enero	7964657852	19/03/2025	$ 23.800	$ 30.500	$ 1.000	N/A	N/A	N/A	$ 55.300
Enero	8383449148	27/01/2025	$ 178.000	$ 227.800	$ 7.500	N/A	N/A	N/A	$ 413.300
Enero	9482722749	4/03/2025	$ 23.800	$ 30.500	$ 1.000	N/A	N/A	N/A	$ 55.300
Enero	83624695	27/01/2025	$ 178.000	$ 227.800	$ 7.500	N/A	N/A	N/A	$ 413.300
Enero	84785968	6/03/2025	$ 23.800	$ 30.400	$ 1.000	N/A	N/A	N/A	$ 55.200
Enero	1070924657	5/03/2025	$ 23.800	$ 30.400	$ 1.000	N/A	N/A	N/A	$ 55.200
Febrero	7961649581	26/02/2025	$ 178.400	$ 228.300	$ 7.600	N/A	N/A	N/A	$ 414.300
	7964658662	19/03/2025	$ 46.600	$ 59.700	$ 1.900	N/A	N/A	N/A	$ 108.200

Febrero	84663432	4/03/2025	$ 395.000	$ 505.600	$ 16.500	N/A	N/A	N/A	$ 917.100
Febrero	9482722964	4/03/2025	$ 178.400	$ 228.300	$ 7.600	N/A	N/A	N/A	$ 414.300
Febrero	84444189	25/02/2025	$ 178.400	$ 228.300	$ 34.700	N/A	N/A	N/A	$ 441.400
Febrero	9482891820	6/03/2025	$ 208.200	$ 266.400	$ 40.600	N/A	N/A	N/A	$ 515.200
Febrero	9482856903	6/03/2025	$ 208.200	$ 266.400	$ 40.600	N/A	N/A	N/A	$ 515.200
Febrero	84790406	6/03/2025	$ 208.200	$ 266.400	$ 40.600	N/A	N/A	N/A	$ 515.200
Febrero	9482720830	6/03/2025	$ 208.200	$ 266.400	$ 40.600	N/A	N/A	N/A	$ 515.200
Febrero	9482966561	10/03/2025	$ 133.200	$ 170.500	$ 26.000	N/A	N/A	N/A	$ 329.700
Febrero	84895405	10/03/2025	$ 133.200	$ 170.500	$ 26.000	N/A	N/A	N/A	$ 329.700
Febrero	84789855	6/03/2025	$ 133.200	$ 170.500	$ 26.000	N/A	N/A	N/A	$ 329.700
Febrero	84787244	6/03/2025	$ 133.200	$ 170.500	$ 26.000	N/A	N/A	N/A	$ 329.700
Febrero	84794591	6/03/2025	$ 133.200	$ 170.500	$ 26.000	N/A	N/A	N/A	$ 329.700
Febrero	84785349	6/03/2025	$ 133.200	$ 170.500	$ 5.600	N/A	N/A	N/A	$ 309.300
	84883691	10/03/2025	$ -	$ -	$ 20.400	N/A	N/A	N/A	$ 20.400
Febrero	84794170	6/03/2025	$ 133.200	$ 170.500	$ 26.000	N/A	N/A	N/A	$ 329.700
Febrero	84769847	6/03/2025	$ 133.200	$ 170.500	$ 26.000	N/A	N/A	N/A	$ 329.700
Febrero	1070928355	5/03/2025	$ 133.200	$ 170.500	$ 26.000	N/A	N/A	N/A	$ 329.700
Febrero	1070925997	5/03/2025	$ 178.000	$ 227.800	$ 7.500	N/A	N/A	N/A	$ 413.300
Febrero	84834015	7/03/2025	$ 178.000	$ 227.800	$ 7.500	N/A	N/A	N/A	$ 413.300
								TOTAL	$ 9.197.600

3277

ALCALDÍA DE PUERTO GAITÁN, META	FORMATO DE CERTIFICADO PAGO SEGURIDAD SOCIAL OTRO TIPO DE CONTRATOS			Puerto Gaitán
	CONTRATACIÒN			
	Código: DAC-FR-100	Versión: 02	Vigencia: 10/01/2025	

Esta certificación forma parte integral del acta parcial 1N° del año 2025, presentada a la Alcaldía de Puerto Gaitán – Meta, para su correspondiente pago según lo pactado contractualmente.

Se expide a los 19 días del mes de marzo del año 2025, con destino a la carpeta contractual.

YESID NORBERTO BAILEY PORRAS
SECRETARIO DE EDUCACIÓN, DESARROLLO ECONÓMICO Y TURISMO SUPERVISOR

Elaboro: Yuribel Nieto Villamizar	Elaboro: Miryan Liliana Marulanda	Elaboro: Erika Nataly Pulido	Reviso: Yefferson Posso	Aprobó: Yesid Norberto Bailey Porras
Cargo: CPS Profesional Universitario	Cargo: CPS Profesional Especializado	Cargo: CPS Profesional Especializado	Cargo CPS Profesional Especializado	Cargo Secretario De Educación, Desarrollo Económico Y Turismo

ALCALDÍA DE PUERTO GAITÁN, META	FORMATO DE CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO OTROS CONTRATOS DIFERENTES A CPS		Puerto Gaitán
	CONTRATACIÒN		
	Código: DAC-FR-59	Versión: 02	Vigencia: 09/01/2025

EL SUSCRITO SUPERVISOR (A) DESIGNADO(A)

En cumplimiento con las tareas de vigilancia de la ejecución contractual e informar al alcalde del Municipio de Puerto Gaitán, respecto del desarrollo del contrato, verificando el cumplimiento de las obligaciones contractuales durante la ejecución del contrato y en desarrollo de las obligaciones legales contenidas en los artículos 83, 84 y siguientes de la ley 1474 de 2011 y el Manual de Contratación y de Supervisión e Interventoría del Municipio.

Por medio del presente escrito certifico en mi calidad de SUPERVISOR(A) del contrato N° 0166 de 2025, que, **el CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025,** identificado con nit. 901901937-0 que el contratista cumplió a satisfacción las actividades objeto del contrato INTERVENTORIA TÉCNICA, JURÍDICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR REGULAR E INDIGENA EN LAS SEDES EDUCATIVAS DEL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO GAITÁN; EN IMPLEMETACION DEL PROYECTO BPIN 20245056801104 y todas las demás obligaciones pactadas de acuerdo con el seguimiento al contrato tal como se soporta con los respectivos informes del contratista y supervisión.

Esta certificación forma parte integral del acta parcial _N° 01 del año 2025, presentada a la Alcaldía de Puerto Gaitán – Meta, para su correspondiente pago según lo pactado contractualmente.

Se expide a los 19 días del mes de marzo del año 2025, con destino a la carpeta contractual.

YESID NORBERTO BAILEY PORRAS
Secretario de Educación, Desarrollo Económico y Turismo Supervisor

Elaboro: Yuribel Mieto Villamizar	Elaboro: Miryan Liliana Martínez	Elaboro: Erika Nataly Pulido	Reviso: Yefferson Posso	Aprobó: Yesid Norberto Bailey Porras
Cargo: CPS Profesional Universitario	Cargo: CPS Profesional Especializado	Cargo: CPS Profesional Especializado	Cargo CPS Profesional Especializado	Cargo Secretario De Educación, Desarrollo Económico Y Turismo

3279

CERTIFICADO DE PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO

CARLOS FABIÁN ROMERO ARÉVALO C.C. 1.121.859.632 DE VILLAVICENCIO
MATRICULA PROFESIONAL No 181.893–T, DE LA JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Actuando en mi condición de contador público, del consorcio ORIENTE GAITÁN 2025 identificado con nit. 901.901.937-0, en ejecución del contrato no. 0166 del 2025.

CERTIFICA:

Que el CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025, durante el periodo comprendido del 27 de enero al 28 de febrero de 2025, se encuentra al día por concepto de pagos de seguridad social, salud, riesgos laborales, parafiscales y salarios para la ejecución del contrato No. N°0166 de 2025, cuyo objeto es la: INTERVENTORIA TÉCNICA, JURÍDICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR REGULAR E INDIGENA EN LAS SEDES EDUCATIVAS DEL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO GAITÁN; EN IMPLEMETACION DEL PROYECTO BPIN 20245056801104.

Dado en Villavicencio, a los 18 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

CARLOS FABIAN ROMERO AREVALO
TP 181.893 – T

SULVY ANTONIA LOPEZ PARRA
C.C 40.187.444 de Villavicencio Meta
Representante Legal
Consorcio oriente Gaitán 2025

3280



República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
181893-T
CARLOS FABIAN
ROMERO ARCHILA
C.C. 1121858632
RESOLUCION INSCRIPCION 521
UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FECHA 27/09/2013
DIRECTOR GENERAL
JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ
191839



189202
Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradeceimos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX. 644 44 50 o devolverla a la UAE. Junta Central de Contadores a la calle 98 No. 9A - 21 Bogota D.C.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

9 0 C 4 9 1 Z Z 8 E Z 9 A 6 9 E

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **CARLOS FABIAN ROMERO AREVALO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1121859632 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 181893-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 18 días del mes de Marzo de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.121.859.632**

ROMERO AREVALO
APELLIDOS

CARLOS FABIAN
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-OCT-1989**

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-ENE-2008 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00588136-M-1121859632-20140611 **0039**011150A 2 6732917272

3282

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80229084
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ROGER ESMELIN MARTINEZ VELASQUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN JOSE DEL GUAVIARE	DEPARTAMENTO:	GUAVIARE
DIRECCIÓN:	ED GIRSA TO 8 AP 201	TELÉFONO:	6701846
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	1-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Enseñanza cultural.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7964657852	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			27				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/03/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1346855059

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 30.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 600	$ 0	$ 30.500	$ 600	$ 31.100
SUBTOTALES:										$ 30.500	$ 600	$ 31.100

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 23.800	$ 0	$ 500	$ 0	$ 23.800	$ 500	$ 0	$ 24.300
SUBTOTALES:													$ 23.800	$ 500	$ 0	$ 24.300

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.000	$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 1.100
SUBTOTALES:									$ 1.000	$ 100	$ 0	$ 1.100

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																								PENSIÓN							SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	IRO	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ICBF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 80229084	MARTINEZ VELASQUEZ ROGER ESMELIN	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.427.000			NO	27	30															230201-PROTECCION	4	$ 190.280	$ 30.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 30.500	EPS005-SANITAS S.A.	4	$ 190.280	$ 23.800	$ 0	$ 23.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	4	$ 190.280	80229084	$ 1.000	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 56.500

Planilla Pagada

compensar | miplanilla.com

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

Señor(a):	HECTOR JULIAN CASTRO REYES
No. Identificación:	CC80765239
Dirección:	CALLE 17 B # 3-79 ESTE - NUEVA ESPERANZA II
Telefono:	3123184531
Correo:	hcastroreyes@gmail.com
Ciudad:	VILLAVICENCIO
Número de Planilla:	8383449148

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	HECTOR JULIAN CASTRO REYES
Tipo y número de identificación	CC80765239
Número de planilla	8383449148
Fecha pago	2025-01-27
Número de autorización pago	35502882
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2025
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	413300
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	7500	1
230301	Porvenir	227800	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	178000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 80765239
APELLIDOS Y NOMBRES: HECTOR JULIAN CASTRO REYES

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
EPS017	230301	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	7500	0

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **HECTOR JULIAN CASTRO REYES**, identificada con **CC** número **80765239**, aportó por **HECTOR JULIAN CASTRO REYES** identificado(a) con **CC** número **80765239** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 01 - 2025 de la siguiente forma.

EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	59		0	30	$1,423,500	0.12500	$178,000	$0	$0	Enero - 2025	8383449148	27/01/2025	NO	
230301	Porvenir	59		0	30	$1,423,500	0.16000	$227,800	$0	$0	Enero - 2025	8383449148	27/01/2025	NO	
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59		0	30	$1,423,500	0.00522	$7,500	$0	$0	Enero - 2025	8383449148	27/01/2025	NO	

El presente certificado se expide a los 22 días del mes Febrero de 2025

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52554104		TORRES LANCHEROS NADUVA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 3 n 33 69 las acacias	MEDELLIN-ANTIOQUIA	3123910234	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1311846353	9482722749	I	2025/02/04	2025/03/04	BANCO ITAU	28	$56,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	52554104	TORRES NADUVA	25-14	4	$190,280	$30,500	EPS010	4	$190,280	$23,800		0	$0	$0	14-11	4	$190,280	$1,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$190,280	$30,500			$190,280	$23,800			$0	$0			$190,280	$1,000		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,500	$600	$0	$31,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$30,500	$600	$0	$31,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,000	$100	$0	$1,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$1,000	$100	$0	$1,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,800	$500	$0	$24,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$23,800	$500	$0	$24,300
TOTAL				**1**	**$55,300**	**$1,200**	**$0**	**$56,500**

2025/03/04 04:28 PM

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	1013613532	JOHN ALEXANDER MENDEZ ROA	CI 37S # 39B 30	6964718	alexmenrot_7@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		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	
2025-01	2025-01	I	27/01/2025	83624695	$440.500	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

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	1013613532	JOHN ALEXANDER MENDEZ ROA	CI 37S # 39B 30	6964718	alexmenrot_7@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-01	2025-01	I	27/01/2025	83624695	TOTAL A PAGAR	
					$440.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colocar	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Cotizante Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cotizante	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	1013613532	MENDEZ ROA JOHN ALEXANDER	59	0		N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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:	ELKIN DANIEL BERNAL PATIÑO	**NIT:**	1006661906
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	enero 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	enero 2025
Número de Radicación:	84785968	**Total a pagar:**	$56,400
Fecha de vencimiento:	04/02/2025	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	06/03/2025	**Número de Administradoras:**	3

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:	BANCO ITAU	**Número Autorización:**	1316596814
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	$1,100
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$31,000
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		$0	$24,300
						$56,400

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

Le informamos que el pago de la planilla No. 84785968, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1006661905	ELKIN DANIEL BERNAL PATIÑO		Cra 6 No 17-26	3126557092	contratacionestatal1989@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	PUERTO GAITÁN		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	
2025-01	2025-01	I	06/03/2025	84765968	$56.400	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	23.800	0		0		0	30	500	0	24.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	30.400	0	0	0	0	30	600	0	31.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	1.000				1.000	30	100	1.100			10	1.100	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	30	0	0	0
ICBF				
0	30	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	23.800	24.300
Pensión	1	30.400	31.000
Riesgos Laborales	1	1.000	1.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	55.200	56.400

Este documento esta 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		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1006661906	ELKIN DANIEL BERNAL PATIÑO		Cra 6 No 17-26	3126557092	contratacionestatal1989@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			META	PUERTO GAITÁN		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
2025-01	2025-01	I	06/03/2025	84785968	$56.400

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Depto.	Mpio.	Extranjero	Colmena voluntario	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INT	RPL	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	1006661906	BERNAL PATIÑO ELKIN DANIEL	57	0			N	X																	230301	189.800	30.400	0	0	0	0	EPS037	189.800	23.800	14-23	189.800	1	1.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

3290

Simple.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-05, 03:14:31 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numero Planilla:** 1070924657

Periodo Cotización: enero de 2025 **Periodo Servicio:** enero de 2025

PAGADO 05/03/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLARA INES CHIPIAJE CHIPIAJE		
Documento	CC1124822222	**Dirección**	KM 0CAL #0 - 0 RESGUARDO DOMO PLANAS
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3185259427
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	PUERTO GAITAN	**Departamento**	META
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1124822222	CLARA INES CHIPIAJE CHIPIAJE	59	00	X																	0	4	4	0	(231001) COLFONDOS	$ 189.800	$ 30.400	(EPSI08) EPS FUAOSALUD	$ 189.800	$ 23.800	0.522	$ 189.800	$ 1.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 55.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 189.800	$ 189.800	$ 189.800	$ 0	$ 30.400	$ 23.800	$ 1.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 55.200	$ 1.200	$ 56.400

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Mas que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegurese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con exito. Por favor imprima esta comprobante como soporte del envio y pago de su planilla.

Simple.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-03-05, 03:03:27 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	enero de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	enero de 2025
Empresa	CLARA INES CHIPIAJE CHIPIAJE
CEDULA CIUDADANIA	CC 1124822222
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1070924657
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1314731251
Banco	(1006) - BANCO ITAU
Valor	$ 56.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800227940	231001	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	1	$ 30.400	$ 600
N809008362	EPSIC6	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD PIJAOSALUD E	1	$ 23.800	$ 500
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 1.000	$ 100
			SubTotales:	$ 55.200	$ 1.200
			Total a Pagar:		$ 56.400

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

3292

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80229084
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ROGER ESMELIN MARTINEZ VELASQUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN JOSE DEL GUAVIARE	DEPARTAMENTO:	GUAVIARE
DIRECCIÓN:	ED GIRSA TO B AP 201	TELÉFONO:	6701846,
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	1-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Enseñanza cultural,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:			7964658662	TIPO DE PLANILLA:			N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	febrero	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/03/19	NUMERO AUTORIZACIÓN:			134685945S
NUMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:			7961649581	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:			2025/02/26

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 59.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 59.700	$ 0	$ 59.700
SUBTOTALES:										$ 59.700	$ 0	$ 59.700

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 46.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 46.600	$ 0	$ 0	$ 46.600
SUBTOTALES:													$ 46.600	$ 0	$ 0	$ 46.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.900	$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 1.900
SUBTOTALES:									$ 1.900	$ 0	$ 0	$ 1.900

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP							CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 80229084	MARTINEZ VELASQUEZ ROGER ESMELIN	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.880.000				NO	14					A									230201-PROTECCION	17	$ 1.054.000	$ 158.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 158.700	EPS005-SANITAS S.A.	17	$ 1.054.000	$ 131.800	$ 0	$ 131.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	17	$ 1.054.000	$ 80229084	$ 5.600	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 80229084	MARTINEZ VELASQUEZ ROGER ESMELIN	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.427.098				NO	01														230201-PROTECCION	30	$ 1.427.098	$ 228.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 228.400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.427.098	$ 178.400	$ 0	$ 178.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.427.098	$ 80229084	$ 7.500	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 80229084	MARTINEZ VELASQUEZ ROGER ESMELIN	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.427.098				NO	01					R									230201-PROTECCION	13	$ 373.098	$ 59.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 59.700	EPS005-SANITAS S.A.	13	$ 373.098	$ 46.600	$ 0	$ 46.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	13	$ 373.098	$ 80229084	$ 1.900	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 108.200

3293

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1022290
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ROGER ESMELIN MARTINEZ VELASQUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN JOSE DEL GUAVIARE	DEPARTAMENTO:	GUAVIARE
DIRECCIÓN:	CD GUAISA TO B AP 201	TELÉFONO:	3701848
TIPO APORTANTE:	03-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Enseñanza cultural
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:			73915435 31	TIPO DE PLANILLA:			INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO	2025	PERIODO COTIZACION SALUD:	MES	febrero AÑO	2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2025/03/25	NUMERO AUTORIZACIÓN			1292292320

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 168.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 168.700	$ 0	$ 168.700
SUBTOTALES										$ 168.700	$ 0	$ 168.700

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 131.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 131.300	$ 0	$ 0	$ 131.300
SUBTOTALES													$ 131.300	$ 0	$ 0	$ 131.300

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 5.600	$ 5.600	$ 0	$ 0	$ 5.600
SUBTOTALES									$ 5.600	$ 0	$ 0	$ 5.600

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES / SEGURIDAD SOCIAL / PARAFISCALES

N°	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	RESIDENTE EXTERIOR	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	VTE	INP
1	CC 1022290	MARTINEZ VELASQUEZ ROGER ESMELIN	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	51-DEPENDIENTE AFILIADO VOLUNTARIO AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES	$ 1.340.000				NO	14															

N°	PENSIÓN: ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD: ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP: ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	PARAFISCALES: CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	ESAP ADMIN
1	230201-PROTECCION	17	$ 1.064.300	$ 168.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 168.700	EPS005-SANITAS S.A.	17	$ 1.064.300	$ 131.300	$ 0	$ 131.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	17	$ 1.064.300	$ 30229084	$ 5.600								

TOTAL PAGADO: $ 306.100

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	80765239	HECTOR JULIAN CASTRO REYES	Calle 17 B # 3-79 ESTE - NUEVA ESPERANZA	3123184531	hcastroreyes@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		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
2025-02	2025-02	I	04/03/2025	84663432	$917.100

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	395.000	0		0		0	0	0	0	395.000	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
230301	Porvenir	800224808-5	505.600	0	0	0	0	0	0		505.600	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	16.500				16.500	0	0	16.500			165	16.500	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	1	395.000	395.000
Pensión	1	505.600	505.600
Riesgos Laborales	1	16.500	16.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	917.100	917.100

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion

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	80765239	HECTOR JULIAN CASTRO REYES		Calle 17 B # 3-79 ESTE - NUEVA ESPERANZA	3123184531	hcastroreyes@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		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	
2025-02	2025-02	I	04/03/2025	84883432	$917.100	

TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Reintegro	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
CC	80765239	CASTRO REYES HECTOR JULIAN	59	0			N																	230301	3.160.000	505.600	0	0	0	0	EPS017	3.160.000	395.000	14-23	3.160.000	1	16.500		0	0	0	0	0	0	0	0

COPIA

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

Bancolombia

Sucursal Virtual

3 marzo 2025 21:10:53

Pago PSE

Pago exitoso
CUS 1309479403

Comercio
COMPENSAR-OI

Referencia 1

Fecha
3 marzo 2025 21:10:53

Referencia 2
CC

Número de factura
84663432

Referencia 3
80765239

Descripción del pago
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor del Pago
$917,100

Número de comprobante
TR2109519403

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Cuenta de ahorros
****** 7647**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

aportes en línea

Resumen General de Pago

3207

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52554104		TORRES LANCHEROS NADUVA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 3 n 33 69 las acacias	MEDELLIN-ANTIOQUIA	3123910234	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1311851051	9482722964	1	2025/03/04	2025/03/04	BANCO ITAU	0	$414,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	52554104	TORRES NADUVA	25-14	30	$1,427,098	$228,400	EPS010	30	$1,427,098	$178,400		0	$0	$0	14-11	30	$1,427,098	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,427,098	$228,400			$1,427,098	$178,400			$0	$0			$1,427,098	$7,500		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$228,400	$0	$0	$228,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$228,400	$0	$0	$228,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,400	$0	$0	$178,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$178,400	$0	$0	$178,400
TOTAL				**1**	**$414,300**	**$0**	**$0**	**$414,300**

2025/03/04 04:28 PM

3298

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	1013613532	JOHN ALEXANDER MENDEZ ROA	Cl 37S # 39B 30	6964716	alexmenrol_7@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		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	
2025-02	2025-02	I	25/02/2025	84444189	$440.500	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotizacion	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	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

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

3299

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	1013613532	JOHN ALEXANDER MENDEZ ROA	Cl 37S # 39B 30	6964718	alexmenrot_7@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		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	
2025-02	2025-02	I	25/02/2025	84444189	$440.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Estudiante	IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. 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	1013613532	MENDEZ ROA JOHN ALEXANDER	59	0			N																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

3300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1057570978		RODRIGUEZ VARGAS MARTHA LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 19 # 41 97 VILLA MARIA	VILLAVICENCIO-META	3123775675	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1317910024	9483891820	1	2025/03/19	2025/03/06	BANCO ITAU	0	$515,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC 1057570978	RODRIGUEZ MARTHA	230301	21	$1,664,948	$266,400	EPS002	21	$1,664,948	$208,200		0	$0	$0	14-23	21	$1,664,948	$40,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,664,948	$266,400			$1,664,948	$208,200			$0	$0			$1,664,948	$40,600		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$266,400	$0	$0	$266,400
PORVENIR	230301	800,224,808	6	1	$266,400	$0	$0	$266,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,600	$0	$0	$40,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$40,600	$0	$0	$40,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,200	$0	$0	$208,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$208,200	$0	$0	$208,200
TOTAL				**1**	**$515,200**	**$0**	**$0**	**$515,200**

2025/03/06 03:28 PM

3301

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1057570978		RODRIGUEZ VARGAS MARTHA LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 19 # 41 97 VILLA MARIA	VILLAVICENCIO-META	3123775675

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2025-02	Periodo Salud	2025-02
Fecha límite de pago	2025/03/19	Fecha de pago	2025/03/06
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$515,200
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$515,200

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9482891820
Clave de pago	1317910024
Banco	BANCO ITAU

2025/03/06 03:28 PM

3362

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 75084340		OSORIO ZULUAGA JAIRO ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 7 # 4 - 25	VILLAVICENCIO-META	5836784

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN			
Periodo Pensión	2025-02	Periodo Salud	2025-02
Fecha límite de pago	2025/03/11	Fecha de pago	2025/03/06
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$515,200
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$515,200

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9482856903
Clave de pago	1317041803
Banco	BANCO ITAU

2025/03/06 11:08 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

3303

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 75084340		OSORIO ZULUAGA JAIRO ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 7 # 4 - 25	VILLAVICENCIO-META	5836784	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1317041803	9482856903	I	2025/03/11	2025/03/06	BANCO ITAU	0	$515,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	75084340	OSORIO JAIRO	230301	21	$1,664,948	$266,400	EPS005	21	$1,664,948	$208,200		0	$0	$0	14-23	21	$1,664,948	$40,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,664,948	$266,400			$1,664,948	$208,200			$0	$0			$1,664,948	$40,600		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$266,400	$0	$0	$266,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$266,400	$0	$0	$266,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,600	$0	$0	$40,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$40,600	$0	$0	$40,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,200	$0	$0	$208,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$208,200	$0	$0	$208,200
TOTAL				**1**	**$515,200**	**$0**	**$0**	**$515,200**

2025/03/06 11:08 AM

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	86048744	LUIS ALEJANDRO OCHOA AMEZQUITA		dl 3 N 34 A 52 quintas de las acacias	3115442640	contratacionestatal1989@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		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	
2025-02	2025-02	I	06/03/2025	84790405	$515.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilleva	Bolsigne	Extranjero	Cotiza solidar	Exonerado	IRS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONVENCIÓN	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	86048744	OCHOA AMEZQUITA LUIS ALEJANDRO	57	0			N	X																230301	1.664.948	266.400	0	0	0	0	EPS005	1.664.948	206.200	14-23	1.664.948	3	42.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento esta 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	86048744	LUIS ALEJANDRO OCHOA AMEZQUITA		cll 3 N 34 A 52 quintas de las acacias	3115442640	contratacionestatal1989@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		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	
2025-02	2025-02	I	06/03/2025	84790406	$515.200	

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	208.200	0		0		0	0	0	0	208.200	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
230301	Porvenir	800224808-6	265.400	0	0	0	0	0	0		265.400	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	40.600				40.600	0	0	40.600			406	40.600	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	208.200	208.200
Pensión	1	265.400	265.400
Riesgos Laborales	1	40.600	40.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	515.200	515.200

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion

aportes en línea

Resumen General de Pago

3306

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 98571116		BALBIN PEREZ HERNAN ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 10 # 44 92	VILLAVICENCIO-META	3216450609	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1311807758	9482720830	I	2025/03/06	2025/03/04	BANCO ITAU	0	$515,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	98571116	BALBIN HERNAN	25-14	21	$1,664,948	$266,400	EPS010	21	$1,664,948	$208,200		0	$0	$0	14-23	21	$1,664,948	$40,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,664,948	$266,400			$1,664,948	$208,200			$0	$0			$1,664,948	$40,600		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$266,400	$0	$0	$266,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$266,400	$0	$0	$266,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,600	$0	$0	$40,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$40,600	$0	$0	$40,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,200	$0	$0	$208,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$208,200	$0	$0	$208,200
TOTAL				**1**	**$515,200**	**$0**	**$0**	**$515,200**

2025/03/04 04:18 PM

aportes en linea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 31644631		RUIDIAZ BALLESTEROS JOHAMA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 14 n 17 59 3115342482	GRANADA-META	6500000

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2025-02	Periodo Salud	2025-02
Fecha límite de pago	2025/03/10	Fecha de pago	2025/03/10
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$329,700
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$329,700

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9482966561
Clave de pago	1326446654
Banco	BANCO ITAU

2025/03/10 02:46 PM

aportes en linea

Resumen General de Pago

3308

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 31644631		RUIDIAZ BALLESTEROS JOHAMA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 14 n 17 59 3115342482	GRANADA-META	6500000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1326446654	9482966561	I	2025/03/10	2025/03/10	BANCO ITAU	0	$329,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	31644631	RUIDIAZ JOHAMA	230301	21	$1,065,567	$170,500	EPS005	21	$1,065,567	$133,200		0	$0	$0	14-11	21	$1,065,567	$26,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,065,567	$170,500			$1,065,567	$133,200			$0	$0			$1,065,567	$26,000		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$170,500	$0	$0	$170,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$170,500	$0	$0	$170,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$0	$0	$26,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$26,000	$0	$0	$26,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$133,200	$0	$0	$133,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$133,200	$0	$0	$133,200
TOTAL				**1**	**$329,700**	**$0**	**$0**	**$329,700**

2025/03/10 02:46 PM

compensar miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	ANDRES FELIPE OCHOA CRISTANCHO	**NIT:**	1006771609
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	febrero 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	febrero 2025
Número de Radicación:	84895405	**Total a pagar:**	$330,900
Fecha de vencimiento:	05/03/2025	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	10/03/2025	**Número de Administradoras:**	3

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:	BANCO ITAU	**Número Autorización:**	1326488535
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	$26,100
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$171,100
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0	$133,700
						$330,900

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

Le informamos que el pago de la planilla No. 84895405, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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

3310

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1006771609	ANDRES FELIPE OCHOA CRISTANCHO	Cll 3 # 34a 52 Las acacias	3107123786	contratacionestatal1989@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		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	
2025-02	2025-02	I	10/03/2025	84895405	$330.900	

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	133.200	0		0		0	5	500	0	133.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	170.500	0	0	0	0	5	600	0	171.100	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	26.000				26.000	5	100	26.100			260	26.100	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	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	133.200	133.700
Pensión	1	170.500	171.100
Riesgos Laborales	1	26.000	26.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	329.700	330.900

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	1006771609	ANDRES FELIPE OCHOA CRISTANCHO		Cll 3 # 34a 52 Las acacias	3107123786	contratacionestatal1989@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		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	
2025-02	2025-02	I	10/03/2025	84895405	$330.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Bolivia	Extranjero	Perm. especial	Exonerado	IGE	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	1006771609	OCHOA CRISTANCHO ANDRES FELIPE	57	0			N	X																230301	1.065.567	170.500	0	0	0	0	EPS005	1.065.567	133.200	14-23	1.065.567	I	26.900		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

3312

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	DIANA MARCELA PINILLA CAICEDO	**NIT:**	1121872967
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	febrero 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	febrero 2025
Número de Radicación:	84789855	**Total a pagar:**	$329,700
Fecha de vencimiento:	17/03/2025	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	06/03/2025	**Número de Administradoras:**	3

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:	BANCO ITAU	**Número Autorización:**	1316860170
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	$26,000
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$170,500
CCFC55	901543211	EPS-S Cajacopi	1		$0	$133,200
						$329,700

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

Este documento será clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operación de Información

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1121872967	DIANA MARCELA PINILLA CAICEDO		CRA 13B 14-16 MANACACIAS	3142680364	contratacionestatal1989@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			META	PUERTO GAITAN		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	
2025-02	2025-02	I	06/03/2025	84789855	329.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
CCFC55	EPS-S Cajacopi	901543211-6	133.200	0		0		0	0	0	0	133.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-5	170.500	0	0	0	0	0	0		170.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotizacion	Dias 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	26.000				26.000	0	0	26.000			260	26.000	1

TOTALES CAJAS

Codigo CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias 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	133.200	133.200
Pension	1	170.500	170.500
Riesgos Laborales	1	26.000	26.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	329.700	329.700

Este documento esta 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
CC	1121872987	DIANA MARCELA PINILLA CAICEDO		CRA 13B 14-16 MANACACIAS	3142680364	contratacionestatal1989@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
UNICA	I – Independiente			META	PUERTO GAITÁN	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	
2025-02	2025-02	I	06/03/2025	84789855	$329.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Bolsa	Extranjero	Colilla estudio	Reintegro	INS	IGE	ITE	VAC	LMA	SLN	IRP	VAP	VST	SUS	ING	LMA	VAC	AVP	VCT	RL	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	1121872987	PINILLA CAICEDO DIANA MARCELA	ST	0			N	X															230301	1.065.567	170.500	0	0	0	0	CCFC55	1.065.567	132.200	14-23	1.065.567	3	26.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	LURDY PAOLA MORENO PINILLA	**NIT:**	1006779600
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	febrero 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	febrero 2025
Número de Radicación:	84787244	**Total a pagar:**	$330,300
Fecha de vencimiento:	04/03/2025	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	06/03/2025	**Número de Administradoras:**	3

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:	BANCO ITAU	**Número Autorización:**	1316696283
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	$26,100
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$170,800
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0	$133,400
						$330,300

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

Le informamos que el pago de la planilla No. 84787244, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1006779600	LURDY PAOLA MORENO PINILLA		CL 4F 39B 20	3103169099	contratacionestatal1989@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		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	
2025-02	2025-02	I	06/03/2025	84787244	$330.300	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	133.200	0		0		0	2	200	0	133.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	170.500	0	0	0	0	2	300	0	170.800	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	26.000				26.000	2	100	26.100			260	26.100	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	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	133.200	133.400
Pensión	1	170.500	170.800
Riesgos Laborales	1	26.000	26.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	329.700	330.300

Este documento esta 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	1006779600	LURDY PAOLA MORENO PINILLA	CL 4F 39B 20	3103169099	contratacionestatal1989@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		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	
2025-02	2025-02	I	06/03/2025	84787244	$330.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Antiguo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Residente	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INT	FAL	COMPENSACIÓN	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	1006779600	MORENO PINILLA LURDY PAOLA	ST	0			N	X																230301	1.065.567	170.500	0	0	0	0	EPS017	1.065.567	133.200	14-22	1.065.567	3	26.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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:	JUAN PABLO JARA PARRADO	**NIT:**	17344555
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	febrero 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	febrero 2025
Número de Radicación:	84794591	**Total a pagar:**	$329,700
Fecha de vencimiento:	13/03/2025	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	06/03/2025	**Número de Administradoras:**	3

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:	BANCO ITAU	**Número Autorización:**	1317151679
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	$26,000
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$170,500
EPS002	800130907	Salud Total EPS	1		$0	$133,200
						$329,700

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

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	17344555	JUAN PABLO JARA PARRADO		Calle 19 N41-97 Barrio Villa Maria	3123910234	karolinnemanrique@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	06/03/2025	84794591	$329.700	

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	133.200	0		0		0	0	0	0	133.200	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	170.500	0	0	0	0	0	0		170.500	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	26.000				26.000	0	0	26.000			260	26.000	4

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	133.200	133.200
Pensión	1	170.500	170.500
Riesgos Laborales	1	26.000	26.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	329.700	329.700

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

3320

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	17344555	JUAN PABLO JARA PARRADO		Calle 19 N41-97 Barrio Villa Maria	3123810234	karolinnemanrique@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		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	
2025-02	2025-02	I	06/03/2025	84794591	$329.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Bolivia	Extranjero	Cotiza pensión	Exonerado	IGE	IRT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	VIL	SUSPENSIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	17344555	JARA PARRADO JUAN PABLO	ST	0		N	X																	25-14	1.065.567	170.500	0	0	0	0	EPS002	1.065.567	133.200	14-23	1.065.567	3	26.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	WILMER DELGADO AGUILAR	**NIT:**	1006945554
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	febrero 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	febrero 2025
Número de Radicación:	84785349	**Total a pagar:**	$309,300
Fecha de vencimiento:	13/03/2025	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	06/03/2025	**Número de Administradoras:**	3

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:	BANCO ITAU	**Número Autorización:**	1316556091
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	$5,600
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$170,500
EPSIC6	809008362	Entidad Promotora de Salud Pijaosalud E	1		$0	$133,200
						$309,300

***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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1006945554	WILMER DELGADO AGUILAR		Resguardo indigena el tigre	3126153532	contratacionestatal1989@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			META	PUERTO GAITÁN		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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	06/03/2025	84785349	$309.300	

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					
EPSIC6	Entidad Promotora de Salud Pijaosalud E	809006352-2	133.200	0		0		0	0	0	0	133.200	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
230301	Porvenir	800224808-8	170.500	0	0	0	0	0	0		170.500	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	5.600				5.600	0	0	5.600			56	5.600	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	133.200	133.200
Pensión	1	170.500	170.500
Riesgos Laborales	1	5.600	5.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.300	309.300

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1006945554	WILMER DELGADO AGUILAR		Resguardo indigena el tigre	3126153532	contratacionesfatal1989@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			META	PUERTO GAITÁN		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	
2025-02	2025-02	I	06/03/2025	84785349	$309.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colombiano en el exterior	Pensionado	Cotizante exterior	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	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	1006945554	DELGADO AGUILAR WILMER	ST	0			N	X															230301	1.065.567	170.500	0	0	0	0	EPSIC6	1.065.567	133.200	14-23	1.065.567	1	5.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

3324

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	1006945554	WILMER DELGADO AGUILAR		Resguardo indigena el tigre	3126153532	contratacionestatal1989@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente			META	PUERTO GAITÁN		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
84785349	06/03/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	N	10/03/2025	84883691	$20.400	

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					

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	20.400				20.400	0	0	20.400			204	20.400	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	20.400	20.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	20.400	20.400

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	1006945554	WILMER DELGADO AGUILAR	Resguardo indigena el tigre	3126153532	contratacionestatal1989@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			META	PUERTO GAITÁN	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
84785349	06/03/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	N	10/03/2025	84883691	$20.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Empleado	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Residente	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	DIRECCIÓN	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	1006945554	DELGADO AGUILAR WILMER	ST	0			N	X																230301	1.065.567	170.500	0	0	0	0	EPSIC6	1.065.567	133.200	14-23	1.065.567	3	26.000		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1121818732	ANDRES FELIPE ROCHA MOSQUERA	Calle 19 N41-97 Barrio Villa Maria	3123910234	karolinnemanrique@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		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	
2025-02	2025-02	I	06/03/2025	84794170	$329.700	

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	133.200	0		0		0	0	0	0	133.200	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
230301	Porvenir	800224808-8	170.500	0	0	0	0	0	0		170.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización	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
			Obligatoria	No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	26.000				26.000	0	0	26.000			260	26.000	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	133.200	133.200
Pensión	1	170.500	170.500
Riesgos Laborales	1	26.000	26.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	329.700	329.700

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de información

compensar : miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1121818732	ANDRES FELIPE ROCHA MOSQUERA	Calle 19 N41-97 Barrio Villa Maria	3123910234	karolinnemanrique@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO	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	
2025-02	2025-02	I	06/03/2025	84794170	$329.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Extranjero	Extranjero	Cotiza solidar	Suspensión	IGE	ATI	TDE	TAE	SLN	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	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	1121818732	ROCHA MOSQUERA ANDRES FELIPE	57	0			N	X											230301	1.065.567	170.500	0	0	0	0	EPS002	1.065.567	123.200	14-23	1.065.567	3	26.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion

compensar miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	ARIALDO ROJAS	**NIT:**	17345508
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	febrero 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	febrero 2025
Número de Radicación:	84769847	**Total a pagar:**	$330,100
Fecha de vencimiento:	05/03/2025	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	06/03/2025	**Número de Administradoras:**	3

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:	BANCO ITAU	**Número Autorización:**	1316019371
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	$26,100
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$170,700
EPS002	800130907	Salud Total EPS	1		$0	$133,300
						$330,100

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

Le informamos que el pago de la planilla No. 84769847, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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

3328

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	17345508	ARIALDO ROJAS		CRA 19D No 19-97 CANTARRANA 1	3102310282	contratacionestatal1989@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE* SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		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	
2025-02	2025-02	I	06/03/2025	84769847	$330.100	

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	133.200	0		0		0	1	100	0	133.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	170.500	0	0	0	0	1	200	0	170.700	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	26.000				26.000	1	100	26.100			260	26.100	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	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	133.200	133.300
Pensión	1	170.500	170.700
Riesgos Laborales	1	26.000	26.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	329.700	330.100

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	17345508	ARIALDO ROJAS		CRA 19D No 19-97 CANTARRANA 1	3102310282	contratacionestatal1989@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		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	
2025-02	2025-02	I	06/03/2025	84769847	$330.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colmena	Rentas	Extranjero	Cotiza en otro país	Exonerado	IRP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	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	17345508	ROJAS ARIALDO	57	0			N	X					X										230301	1.065.567	170.500	0	0	0	0	EPS002	1.065.567	133.200	14-23	1.065.567	3	26.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

3330

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-03-05, 03:42:53 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2025
Empresa	NATALIA JULIETH PINILLA RODRIGUEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1057016319
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1070928355
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1314885572
Banco	(1006) - BANCO ITAU
Valor	$ 329.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 170.500	$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 133.200	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 26.000	$ 0
			SubTotales:	$ 329.700	$ 0
			Total a Pagar:		$ 329.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegurese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

3331

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-05, 03:45:04 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1070928355

Periodo Cotización: febrero de 2025 **Periodo Servicio:** febrero de 2025

PAGADO 05/03/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NATALIA JULIETH PINILLA RODRIGUEZ		
Documento	CC1057016319	**Dirección**	CL 35C #18 - 34
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3222410206
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	VILLAVICENCIO	**Departamento**	META
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1057016319	NATALIA JULIETH PINILLA RODRIGUEZ	59	00	X																0	21	21	21	0	(230301) PORVENIR	$ 1.065.567	$ 170.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.065.567	$ 133.200	2,436	$ 1.065.567	$ 26.000	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 329.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.065.567	$ 1.065.567	$ 1.065.567	$ 0	$ 170.500	$ 133.200	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 329.700	$ 0	$ 329.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de la SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

3332

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con exito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envio y pago de su planilla

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-03-05, 03:11:33 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2025
Empresa	CLARA INES CHIPIAJE CHIPIAJE
CEDULA CIUDADANIA	CC 1124822222
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1070925997
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1314764033
Banco	(1006) - BANCO ITAU
Valor	$ 413.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800227940	231001	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	1	$ 227.800	$ 0
N809008362	EPSIC6	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD PIJAOSALUD E	1	$ 178.000	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 7.500	$ 0
			SubTotales:	$ 413.300	$ 0
			Total a Pagar:		$ 413.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

5555

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-05, 03:14:54 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1070925997

Periodo Cotización: febrero de 2025 **Periodo Servicio:** febrero de 2025

PAGADO 05/03/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLARA INES CHIPIAJE CHIPIAJE		
Documento	CC1124822222	**Dirección**	KM 0CAL #0 - 0 RESGUARDO DOMO PLANAS
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3185259427
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	PUERTO GAITAN	**Departamento**	META
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días AFP	Días ARL	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1124822222	CLARA INES CHIPIAJE CHIPIAJE	59	00																		0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPSI05) EPS PIJAOSALUD	$ 1.423.500	$ 178.000	0.522	$ 1.423.500	$ 7.500	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 413.300

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 7.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 413.300	$ 0	$ 413.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

compensar miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	ELKIN DANIEL BERNAL PATIÑO	**NIT:**	1006661906
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	febrero 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	febrero 2025
Número de Radicación:	84834015	**Total a pagar:**	$414,300
Fecha de vencimiento:	04/03/2025	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	07/03/2025	**Número de Administradoras:**	3

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:	BANCO ITAU	**Número Autorización:**	1319732213
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	$7,600
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$228,300
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		$0	$178,400
						$414,300

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

Le informamos que el pago de la planilla No. 84834015, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1006661906	ELKIN DANIEL BERNAL PATIÑO		Cra 6 No 17-26	3126557092	contratacionestatal1989@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE , SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	PUERTO GAITÁN		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	
2025-02	2025-02	I	07/03/2025	84834015	$414.300	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	178.000	0		0		0	3	400	0	178.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	3	500	0	228.300	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	7.500				7.500	3	100	7.600			75	7.600	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	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	178.000	178.400
Pensión	1	227.800	228.300
Riesgos Laborales	1	7.500	7.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	414.300

Este documento esta 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	1006661906	ELKIN DANIEL BERNAL PATIÑO		Cra 6 No 17-26	3126557092	contratacionestatal1989@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	PUERTO GAITAN		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	
2025-02	2025-02	I	07/03/2025	84834015	$414.300	

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	Estudiante	IGE	IRT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	Pls	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	1006661906	BERNAL PATIÑO ELKIN DANIEL	57	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ALCALDÍA DE PUERTO GAITÁN, META	FORMATO INFORME DE SUPERVISION OTROS CONTRATOS			Puerto Gaitán
	CONTRATACIÒN			
	Código: DAC-FR-76	Versión: 02	Vigencia: 30/12/2024	

Puerto Gaitán, 19 de marzo de 2025

INFORME SUPERVISION DE ACTIVIDADES

No. CONTRATO: 0166 de 2025

1 **OBJETIVO DE LA SUPERVISIÓN**: Llevar a cabo las tareas de vigilancia de la ejecución contractual e informar al Alcalde del Municipio de Puerto Gaitán, respecto del desarrollo del contrato, verificando el cumplimiento de las obligaciones contractuales durante la ejecución del contrato y en desarrollo de las obligaciones legales contenidas en los artículos 83, 84 y siguientes de la ley 1474 de 2011 y el Manual de Contratación y de Supervisión e Interventoría del Municipio.

2 **INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO**

NÚMERO CONTRATO:	0166 de 2025
NOMBRE Y NIT CONTRATISTA:	CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025 NIT 901901937-0
OBJETO:	*INTERVENTORÍA TÉCNICA, JURÍDICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR REGULAR E INDIGENA EN LAS SEDES EDUCATIVAS DEL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO GAITÁN; EN IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO BPIN 2024505680104*
VALOR TOTAL:	MIL QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MILLONES QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS VEINTISÉIS PESOS CON VEINTINUEVE CENTAVOS ($1.575.524.326,29) M/CTE.
TERMINO DE EJECUCIÓN:	Tres (3) meses
FECHA DE INICIO:	27 de enero 2025
FECHA DE TERMINACIÓN:	26 de abril 2025
PRORROGA	N/A
ADICION	N/A
SUSPENSION	N/A
REINICIO	N/A

3 **DESARROLLO DE LA EJECUCION DEL CONTRATO:** Teniendo en cuenta que se me designó como SUPERVISOR del contrato 0166 de 27 de enero de 2025, me permito presentar el informe del desarrollo del objeto contractual durante el periodo comprendido entre el día 27 de enero y el 28 de febrero de 2025 así:

No.	OBLIGACIÓN ESPECÍFICA	ACTIVIDADES EJECUTADAS
1	Ejecutar el objeto contractual en los términos y condiciones establecidos en el presente documento.	El operador de la Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025, durante el periodo de ejecución del presento informe mantuvo el personal técnico idóneo para verificar la ejecución del contrato en: visitas administrativas, visitas a instituciones educativas urbanas y rurales, verificación de vehículos transportadores y se contrató un laboratorio para realizar las muestras microbiológicas pertinentes, todo lo anterior con el fin de verificar y aplicar el cumplimiento de la ejecución del programa PAE y PAEPI por parte de los operadores UNIÓN TEMPORAL NUTRIGAITAN 2025 con contrato 0321 de 2025 y RESGUARDO INDIGENA COROCITO YOPALITO WACOYO con contrato 0405 de 2025
2	Cumplir con el objeto del contrato con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad, por lo tanto, no existe ni existirá ningún tipo de subordinación, ni vínculo laboral alguno entre EL CONTRATISTA y el Municipio de Puerto Gaitán y/o Secretaria de Educación Municipal.	El operador de la Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025, durante el periodo del presento informe de ejecución se realizaron las siguientes visitas: un total de 16 vistas a las instituciones educativas sedes urbanas y visitas a 5 instituciones rurales del programa de alimentación escolar PAE REGULAR, así como también se realizó 1 vista urbana y las 110 visitas a las sedes del área rural de PAEPI; como conclusión de las visitas se levantaron los hallazgos pertinentes, los cuales fueron enviados a cada uno de los operadores para que realicen las acciones oportunas, y a su vez suministren los planes de mejora.
3	Consultar con el supervisor del contrato las actividades, decisiones, comunicaciones y/o situaciones irregulares relacionadas con la ejecución del contrato.	Para el período reportado del 27 de enero al 28 de febrero de 2025 el operador de la Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITÁN 2025, sostuvo la comunicación con los profesionales de la Secretaría de Educación, Desarrollo Económico y Turismo. El día 6 de febrero de 2025 se realizó comité para tratar aspectos del PAE REGULAR y el 10 de febrero con los dos operadores de PAE REGULAR Y PAEPI, efectuadas en las instalaciones de la administración municipal
4	Las demás contenidas en la propuesta y que hacen parte integral del presente contrato	El operador de la Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025, durante el periodo de ejecución del presente informe da confirmación del compromiso de ejecutar el objeto contractual conforme a los términos y condiciones establecidos, garantizando el cumplimiento de las disposiciones contractualmente acordadas y en observancia de la normativa vigente.

<table>
<tr><td>5</td><td>Prestar los servicios con el personal y elementos propuestos, cualquier cambio será previamente autorizado por el Supervisor siempre que no sea de perfil inferior al ofertado.</td><td>Para el periodo del presente informe el operador de la Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025, realizo los correspondientes cambios de personal técnico y profesional, sin afectar las condiciones que se ofertaron.
Se debe tener en cuenta que se efectuaron los siguientes cambios de personal:

<table>
<tr><th colspan="3">NUTRICIONISTA COORDINADOR DE CALIDAD</th></tr>
<tr><td>MONICA YULIETH CANO MEDINA</td><td>ALEXANDER MENDEZ</td><td>CAMBIO EL DIA 27 DE FEBRERO</td></tr>
<tr><th colspan="3">SUPERVISOR DE CAMPO NUMERO # 3</th></tr>
<tr><td>JHON ALEJANDRO ATERHORTUA</td><td>LUIS ALEJANDRO OCHOA A</td><td>CAMBIO 10 DE FEBRERO</td></tr>
<tr><th colspan="3">TECNICO DE CAMPO # 3</th></tr>
<tr><td>ELKIN DANIEL BERNAL PATIÑO</td><td>ANDRES FELIPE OCHOA C</td><td>CAMBIO 10 DE FEBRERO</td></tr>
<tr><th colspan="3">AUXILIAR ADMINISTRATIVO 2</th></tr>
<tr><td>FRAIDER JHOAN YEPES CHIPIAJE</td><td>ELKIN DANIEL BERNAL PATIÑO</td><td>CAMBIO 10 DE FEBRERO</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>6</td><td>Actuar de buena fe y diligentemente para con el supervisor del Municipio y con el Municipio de Puerto Gaitán; teniendo en cuenta que el Contratista se considera un colaborador del Estado en el cumplimiento de los fines sociales que busca la contratación, acorde con el estatuto contractual. Por lo cual, además deberá avisar oportunamente de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo para el desarrollo de la prestación del servicio.</td><td>EL operador de la Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025 En cumplimiento de lo establecido en el contrato, garantizó una actuación de buena fe y diligente en todas las interacciones con el supervisor del Municipio y con el Municipio de Puerto Gaitán. Como colaborador del Estado en el cumplimiento de los fines sociales de la contratación, se asumió el compromiso de informar de manera oportuna cualquier situación que pueda representar un obstáculo para el adecuado desarrollo de la prestación del servicio, en concordancia con el estatuto contractual vigente.</td></tr>
<tr><td>7</td><td>Presentar Informe de Ejecución previo a los pagos y demás soporte documental y cada vez que sea requerido por el Supervisor.</td><td>De acuerdo con las evidencias presentadas, El operador de la Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025 dio cumplimiento a los informes mensuales parciales de ejecución, frente a las facturas se dieron cumplimiento de acuerdo con la forma de pago establecida en la cláusula cuarta del contrato No.0166 de 23 de enero de 2025</td></tr>
</table>

8	Suscribir Actas de Inicio, Finalización y Liquidación del contrato	Esta obligación Contractual fue cumplida por El operador de la Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025 el veinte tres (23) de enero de 2025, nos reunimos en las instalaciones de la Alcaldía de Puerto Gaitán (Meta), con la señora SULVY ANTONIA LÓPEZ PARRA identificada con cedula de ciudadanía 40.187.444 de Villavicencio, en representación del operador de la Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025 en calidad de Contratista, con el fin de dar inicio formal al Contrato 0166/2025, se allega al despacho documentos solicitados en la obligación.
9	Pagar y asumir los impuestos a que haya lugar, así como las demás obligaciones legales y tributarias que le competan de acuerdo con el marco normativo	En cumplimiento de esta obligación El operador de la Interventoría CONSORCIO INTER PAE GAITAN 2024, se dispuso haya lugar en virtud de la legalización y ejecución del contrato, pagara los impuestos, tasas, contribuciones, nacionales, departamentales
10	Presentar informes mensuales técnicos, legales, administrativos y financieros de la ejecución de los contratos objeto de la interventoría, con los respectivos soportes (incluye evidencia fotográfica), así como, las actividades o acciones realizadas como interventor, evaluaciones, recomendaciones y conclusiones de conformidad a los hallazgos encontrados en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales, en medio escrito y magnético.	De acuerdo con las evidencias presentadas, El operador de la Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025 dio cumplimiento ya que se anexa los informes con respecto a la ejecución de los operadores en cuanto al cumplimiento de sus obligaciones contractualmente pactadas, a su vez, se anexan las actas de visitas de verificación, seguimiento y control a cada una de las instituciones educativas, se envían los archivos con el consolidado de los hallazgos para que los operadores realicen las correspondientes acciones de mejora y alleguen los soportes de plan de mejora, los cuales a la fecha de presentación del presente informe no han enviado las respuestas correspondientes.
11	Deberá comunicar y/o informar a la supervisión y a la Secretaria de Educación, Desarrollo Económico y Turismo de forma inmediata todas las determinaciones de los cambios que se pretenden en la ejecución del contrato, para la validación y aprobación	En cumplimiento el operador de la Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025, garantizo la comunicación e información inmediata a la supervisión y a la Secretaría de Educación, Desarrollo Económico y Turismo sobre cualquier determinación relacionada con cambios en la ejecución del contrato, toda vez que se han informado las novedades presentadas frente a la prestación del servicio de los operadores de PAE y PAEPI.
12	Participar en las reuniones que convoque el Municipio a través de la Supervisión del contrato convoque para planear, hacer seguimiento a la ejecución y socializar los resultados del contrato.	Con el fin de garantizar una participación efectiva El operador de la Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025, se ha hecho presente en cada una de las convocatorias a las reuniones programadas por el Municipio, a través de la Supervisión del contrato, con el propósito de participar activamente en la planificación, el seguimiento de la ejecución y la socialización de los

		resultados de los contratos los cuales son objeto de la presente interventoría.
13	Realizar el pago de salarios del personal que hace parte de la ejecución del contrato de interventoria y dar cumplimiento de las funciones ejecutadas por este personal, asi mismo.	El operador de la Interventoría consorcio Oriente Gaitán 2025, garantizo el pago oportuno de los salarios del personal vinculado a la ejecución del contrato de interventoría, cumpliendo con las obligaciones laborales y contractuales establecidas. Asimismo, se velará por el adecuado desarrollo de las funciones asignadas a dicho personal, en concordancia con los términos del contrato, teniendo en cuenta el compromiso para la correcta ejecución los coordinadores técnico, administrativo, contable y los auxiliares ingresaron desde el día 27 de enero de 2025 y los supervisores de campo y técnicos desde el día 10 de febrero.
14	Realizaran el cumplimiento a la afiliación y pago ante el Sistema de Seguridad Social Integral en los términos de la Ley 100 de 1993 y presentar constancia de pago por dichos conceptos expedida por la respectiva entidad de Seguridad Social, o en su defecto en fotocopia el recibo de pago legible y vigente en los porcentajes exigidos por la normatividad vigente. (Riesgos Laborales, Salud y Pensión), de la totalidad del personal que integra la Interventoia	EL operador de la Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025 dio cumplimiento con la obligación por cuanto se efectuaron los pagos de seguridad social correspondientes de todo el personal, dando cumplimiento a los términos de ley 100 de 1993, en cuanto a pagos de salud, pensión y riesgos laborales, presento las planillas pagadas correspondientes al período reportado
15	Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato se le imparta por parte del Supervisor y/o Secretario de Educacion de Desarrollo, Economico y Turismo.	EL operador de la Interventoría CONSORCIO INTER PAE GAITAN 2024 Cumplió con la obligación, ya que para el período reportado correspondiente al 27 de enero al 28 de febrero de 2025 acato todo los requerimientos y lineamientos de la entidad contratante
16	No ceder todo o parte el contrato sin la autorización previa y escrita del Municipio y mantener la reserva profesional sobre la información que le sea suministrada para el desarrollo del objeto del contrato	EL operador de la Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025 cumplió porque durante el período correspondiente al 27 de enero al 28 de febrero de 2025 , no cedieron todo o parte del contrato de Interventoría No. 0166/2025, que tiene por objeto: "INTERVENTORÍA TÉCNICA, JURÍDICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR REGULAR E INDIGENA EN LAS SEDES EDUCATIVAS DEL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO GAITÁN; EN IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO BPIN 2024505680104 ", el cual se ejecutó en el periodo con el personal propuesto contractualmente.
17	Destinar única y exclusivamente los recursos para dar cumplimiento al objeto del contrato.	El operador de la Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025 cumplió en razón a que destinó única y exclusivamente los recursos para dar cumplimiento al objeto del contrato 0166 de 2025, en

		el período reportado del 27 de enero al 28 de febrero de 2025.
18	Entregar el plan de trabajo y una propuesta de organización y cronograma mensual de las actividades referentes visitas y toma de muestras, entre otros, requeridas para la ejecución del contrato	Esta obligación Contractual fue cumplida por El operador de la Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025 el veinte tres (23) de enero de 2025, se reunieron en las instalaciones de la Alcaldía de Puerto Gaitán (Meta), que la señora SULVY ANTONIA LÓPEZ PARRA identificada con cedula de ciudadanía 40.187.444 de Villavicencio, en representación del CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025 en calidad de Contratista, y el doctor YESID NORBERTO BAILEY PORRAS, secretario de Educación, Desarrollo Económico y Turismo, en su calidad de Supervisor, con el fin de dar inicio formal al Contrato 0166/2025, se allega al despacho documentos solicitados en la obligación.
19	Contar con el personal idóneo y competente, el cual debe cumplir con las obligaciones, requisitos, experiencia y habilidades contenidos en el pliego de condiciones, en caso de solicitar cambio , este debe ser aprobado por el supervisor , en ninguno momento puede desmejorar el personal ya ofertado.	El operador de la Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025 dio cumplimiento a esta obligación teniendo en cuenta que para el desarrollo de las actividades contractuales LA CONTRATISTA contó con un grupo de profesionales y técnicos que velaron porque las diferentes actividades se desarrollaran cumpliendo con las características y especificaciones estipuladas en el contrato y en las especificaciones técnicas, equipo de trabajo que cumplió no solo con los requisitos mínimos legales establecidos para esta clase de trabajo, sino que reúnen experiencia y dedicación que garantizaron el buen desarrollo del contrato, para el período reportado. El perfil del personal contratado fue:

PERSONAL CONSORCIO ORIENTE 2025	
DESCRIPCION	**NOMBRE**
COORDINADOR OPERATIVO	ROGER ESMERIL MARTINEZ VELASQUEZ
COORDINADOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	HECTOR JULIAN CASTRO REYES
COORDINADOR JURIDICO	NADUVA TORRES LANCHEROS
COORDINADOR DE INOCUIDAD Y CALIDAD	ALEXANDER MENDEZ
SUPERVISORES DE CAMPO	MARTHA LORENA RODRIGUEZ VARGAS
SUPERVISORES DE CAMPO	JAIRO ALONSO OSORIO ZULUAGA
SUPERVISORES DE CAMPO	HERNAN ALFONSO BALBIN PEREZ
SUPERVISORES DE CAMPO	ALEJANDRO OCHOA
TENICO AUXILIARES DE CAMPO	DIANA MARCELA PINILLA CAICEDO
TENICO AUXILIARES DE CAMPO	ARIALDO ROJAS
TENICO AUXILIARES DE CAMPO	NATALIA JULIETH PINILLA RODRIGUEZ
TENICO AUXILIARES DE CAMPO	ANDRES FELIPE ROCHA MOSQUERA
TENICO AUXILIARES DE CAMPO	WILMER DELGADO AGUILLAR

		TENICO AUXILIARES DE CAMPO: LURDY PAOLA MORENO PINILLA TENICO AUXILIARES DE CAMPO: JHOAMA RUIDIAZ BALLESTEROS TENICO AUXILIARES DE CAMPO: JUAN PABLO JARA PARRADO AUXILIAR ADMINISTRATIVO: CLARA INES CHIPIAJE CHIPIAJE AUXILIAR ADMINISTRATIVO: ELKIN DANIEL BERNAL PATIÑO
20	Contar con la infraestructura ofimática necesaria para llevar a cabo las actividades administrativas anteriormente relacionadas	El operador de la Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025, conto con los recursos tecnológicos tales como computadores portátiles Hp Pentium gold, Hp Pavilion, computador todo en uno Hp, impresora Epson L3110 y ofimáticos como Microsoft Word, excell, power point que se requieren para llevar a cabo las actividades contractuales. Adicionalmente, se cuenta con un aplicativo en el cual se registran en tiempo real las visitas de seguimientos, verificación y control al Programa de Alimentación Escolar.
21	Contar los vehículos requeridos para la realización de las visitas técnicas, en las condiciones ofertadas inicialmente	El operador de la Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025, cunto con la disponibilidad de los vehículos requeridos para la realización de las visitas técnicas, en las condiciones ofertadas inicialmente, asegurando el cumplimiento de los compromisos establecidos en el contrato y facilitando el adecuado desarrollo de las actividades de interventoría.
22	Suministrar y mantener durante el tiempo de trabajo una dotación adecuada a la labor desempeñada para la ejecución de las actividades	De acuerdo con las evidencias presentadas del El operador de la Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025 cumplió con la obligación, dado que realizó la entrega de los siguientes elementos de bioseguridad al personal: batas, cofias, tapabocas, guantes camibuso con identificación de la administración local. 
23	Contar con una oficina administrativa ubicada en el municipio de Puerto Gaitán, de acuerdo con lo ofertado inicialmente	El operador de la Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025, cumplió con esta obligación contractual por cuanto garantizaron las instalaciones físicas, teniendo en cuenta que contaron con una sede administrativa ubicada en carrera 7 # 8 -42 local 1, del municipio de Puerto

		Gaitán, dónde se desarrollaron las actividades administrativas del contrato, garantizaron las condiciones de desplazamiento y la infraestructura logística y tecnológica necesaria para el desarrollo del objeto del contrato No. 0166/2025, se anexa el registro fotográfico, durante el período del mes de enero y febrero de 2025, se realiza los correspondientes pagos.
24	Responder ante las autoridades competentes por los actos u omisiones en el ejercicio de las actividades que se desarrollen en virtud del contrato, cuando con ellos cause perjuicio a la administración o a terceros	Durante el período correspondiente del 27 de enero al 28 de febrero de 2025, no se presentaron actos u omisiones en el desarrollo de las actividades contractuales que pudieran ocasionar perjuicio a la administración o a terceros, por lo tanto, el Contratista no debió responder ante autoridades competentes.
25	Utilizar el logo del municipio de acuerdo con los lineamientos establecidos por éste. Salvo autorización expresa y escrita de las partes ningún funcionario, podrá utilizar el nombre, emblema o sello oficial de la otra parte para fines publicitarios o de cualquier otra índole	El operador de la Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025 cumplió durante el período del 27 de enero al 28 de febrero 2025, por cuanto la imagen del logo del Municipio lo utilizó estrictamente con fines institucionales y no para fines publicitarios o de cualquier otra índole, como se puede constatar en los formatos y documentos expedidos por esta dependencia durante la ejecución del contrato
OBLIGACIONES TÉCNICAS DE LA INTERVENTORIA		
1	Realizar la verificación al 100 % de las bodegas de almacenamiento de los alimentos que componen el suministro de modalidad ración industrializada, preparad en sitio, comida caliente transportada y olla comunitaria	BODEGA RI, Villavicencio: Se realizo las visitas con su respectiva actas de visitas de "verificación administrativa y técnica de las bodegas del operador Programa de Alimentación Escolar" modalidad Industrializado.
2	Realizar visita de verificación a la planta de procesamiento de alimentos para la elaboración de los complementos alimentarios modalidad comida caliente transportada	BODEGA ACOPIO PUERTO GAITÁN: Se realizo las visitas con su respectiva actas de visitas de "verificación administrativa y técnica de las bodegas del operador UNIÓN TEMPORAL NUTRIGAITAN 2025 Programa de Alimentación Escolar" modalidad Industrializado y ración preparada en sitio. Bodega principal Villavicencio Fecha: 22/02/2025 Puntaje obtenido: 89,5% Bodega de Puerto Gaitán Fecha: 10/02/2025 Puntaje obtenido: 92% Bodega de Puerto Gaitán Fecha: 28/02/2025 Puntaje obtenido: 95% Programa de Alimentación Escolar" modalidad olla comunitaria para pueblos Indígenas PAEPI, RESGUARDO INDIGENA COROCITO YOPALITO WACOYO Bodega

		Fecha: 20/02/2025 Puntaje obtenido: 94,4%
3	Realizar las 136 visitas de manera mensual durante la ejecución del contrato a la totalidad de Sedes Educativas en el área rural y urbana para verificar la entrega de los complementos alimentarios a los beneficiarios conforme a las condiciones técnicas contenidas en el presente estudio previo	La Interventoría CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025 ejecutaron 136 visitas técnicas de seguimiento, monitoreo y control, de acuerdo con cronograma establecido y compartido con la supervisión del contrato, de las cuales, se realizaron EL 100 % visitas en el mes de febrero de 2025.
4	Realizar pruebas microbiológicas y fisicoquímicas en las condiciones señaladas en el Estudio Previo	Durante el periodo del presente informe, el CONSORCIO ORIENTE GAITÁN 2025, realizo toma de muestras microbiológicas al operador de los dos operadores UNIÓN TEMPORAL NUTRIPAE 2025 y RESGUARDO INDIGENA COROCITO YOPALITO WACOYO. Para un total de 264 pruebas microbiológicas,
5	Dejar copia de documentos constitutivos del informe de visita, en las instituciones educativas oficiales priorizadas, plantas, bodegas del operador, debidamente firmada por la interventoría y el personal administrativo o Docente que atendió la visita en los establecimientos educativos, en las Bodegas y planta de procesamiento de alimentos	Durante el periodo del presente informe, el CONSORCIO ORIENTE GAITÁN 2025, garantizo la entrega de copia de los documentos constitutivos del informe de visita en las instituciones educativas oficiales priorizadas, así como en las plantas y bodegas del operador. Dichos documentos se encuentran debidamente firmados por el personal de la interventoría y el personal docente que haya atendido la visita en los establecimientos educativos, bodegas y planta de procesamiento de alimentos, asegurando la trazabilidad y el cumplimiento de las obligaciones contractuales de los dos operadores.
6	Verificar en el contrato el cumplimiento de la legislación y normatividad vigente para el manejo de los alimentos, entre ellas la Ley 9 de 24 de enero de 1979, la Resolución 2674 de 22 de julio de 2013, Resolución 333 de febrero de 2011, Resolución No. 5109 de 2005, Resolución 0335 de 2021, Resolución 18858 de 2018 o las leyes y normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan	El equipo de trabajo del CONSORCIO ORIENTE GAITÁN 2025, cuenta con el personal altamente capacitado, el cual realiza la verificación del cumplimiento de la legislación y normatividad vigente para el manejo de los alimentos en el marco del contrato. Muestra el compromiso de asegurar la calidad e inocuidad de los alimentos que se suministran a los titulares de derecho, cumpliendo con los estándares normativos y garantizando que la ejecución de los dos operadores cumpla con las obligaciones contractuales.
7	Recibir y radicar en la Secretaría de Educación, desarrollo económico y turismo las solicitudes, reclamos, preguntas o sugerencias realizadas por medio telefónico por parte los beneficiarios y / o ciudadanos	Durante el curso del periodo correspondiente del 27 de enero al 28 de febrero, no recibieron ni radicaron en la Secretaría de Educación, Desarrollo Económico y Turismo solicitudes, reclamos, preguntas o sugerencias realizadas por medio telefónico o en las visitas realizadas en campo, por parte los beneficiarios y / o ciudadanos, por tanto, el CONSORCIO ORIENTE GAITÁN 2025 no presentó avances.

8	Revisar los informes de gestión que presenten los operadores del programa PAE regular y para Pueblos Indígenas emitiendo concepto de cumplimiento al supervisor del contrato	Desde el inicio del periodo, que abarca del 10 al 28 de febrero de 2025, se espero que los operadores presentaran informes detallados acerca de la ejecución de los recursos destinados a la alimentación escolar. Estos documentos son esenciales para el seguimiento y la rendición de cuentas, ya que brindan información sobre la cantidad de alimentos efectivamente entregados y validados por los rectores de las instituciones educativas, y el impacto en la comunidad escolar. Sin embargo, hasta la fecha de cierre de este informe, no se han recibido los mencionados documentos. Los operadores del programa de alimentación escolar contratados por la administración local con contrato #1 (0321/2025 unión temporal intrigadita 2025) y #2 (0405 de 2025 RESGUARDO INDIGENA COROCITO YOPALITO WACOYO) no han realizado la entrega de los respectivos informes de ejecución correspondientes al periodo de inicio 10 de febrero al 28 de febrero
9	Coordinar con los responsables definidos por la Secretaría de Educación para la revisión técnica, jurídica y financiera a los informes presentados por el Operador, con el fin de unificar criterios para tramitar el respectivo pago	A la fecha de cierre del presente informe, los operadores del programa PAE Regular y para Pueblos Indígenas no han entregado los informes de ejecución requeridos. En este sentido, no ha sido posible llevar a cabo la revisión correspondiente ni emitir el concepto de cumplimiento al supervisor del contrato, para tramite del respectivo pago frente a los complementos alimentarios efectivamente suministrados a los beneficiarios del programa. Se procedió a adelantar la revisión del informe del pago anticipado establecido en la forma de pago del contrato No. 0405 de 2025 con objeto "*SUMINISTRAR COMPLEMENTO ALIMENTARIO ALMUERZO EN MODALIDAD OLLA COMUNITARIA DENTRO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR PARA ESTUDIANTES INDIGENAS MATRICULADOS EN SEDES EDUCATIVAS URBANAS Y RURALES DEL MUNICIPIO DE PUERTO GAITAN- META.*".
10	Realizar seguimiento de manera permanente, al cumplimiento de las acciones formuladas por los operadores de suministro del Programa de Alimentación Escolar, a partir de los resultados de las visitas de verificación de estándares durante la visita y/o seguimientos a requerimientos, entre otros	El CONSORCIO ORIENTE GAITÁN 2025, se ha llevado a cabo el seguimiento permanente al cumplimiento de las acciones formuladas por los operadores de suministro del Programa de Alimentación Escolar (PAE). el seguimiento permanente al cumplimiento de las acciones formuladas por los operadores de suministro del Programa de Alimentación Escolar es crucial para asegurar la calidad de la alimentación brindada a los estudiantes. A través de visitas de verificación y un

		sistema de seguimiento adecuado, es posible identificar problemáticas y tomar medidas efectivas que garanticen que los niños reciban no solo alimentos, sino nutrientes esenciales para su desarrollo y aprendizaje. Este enfoque proactivo no solo mejora la calidad del programa, sino que también fomenta la participación comunitaria y fortalece la confianza con los operadores de la alimentación escolar. Este seguimiento se realizará con base en los resultados obtenidos durante las visitas de seguimiento, verificación y control por parte del personal de la interventoría, objetivo es garantizar el cumplimiento de las condiciones pactadas en el contrato y asegurar la calidad del servicio prestado
11	Realizar seguimiento a las posibles Enfermedades transmitidas por alimentos –ETA- reportadas por la comunidad educativa o Supervisor del contrato teniendo en cuenta lo establecido en la resolución 2674 de 2013 y en la Resolución 0335 de 2021, de manera presencial cuando se requiera	Durante el período correspondiente del 27 de enero al 28 de febrero de 2025, no se recibieron reportes de ETA´s por parte de la comunidad educativa ni del Supervisor del contrato. Sin embargo, EL CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025 cuenta con el protocolo de ETA, el cual fue entregado durante la primera visita técnica por parte del coordinador operativo o técnicos de campo a los rectores de las instituciones educativas con la carta de presentación de la interventoría.
12	Emitir concepto de aprobación del Plan de Saneamiento Básico presentado por los operadores de suministro del PAE	Tras la presentación del Plan de Alistamiento por parte de los operadores de suministro del Programa de Alimentación Escolar (PAE) - PAEPI, el CONSORCIO ORIENTE GAITÁN 2025, procedieron a la revisión, identificando aspectos por ajustar por cada operador y se solicitaron las correcciones necesarias antes de otorgar la aprobación final, cada operador allego las subsanaciones correspondientes y se procedió a la emisión del concepto de aprobación de los Plan de Saneamiento Básico que se encuentran inmersos en el plan de alistamiento, para el operador UNIÓN TEMPORAL NUTRIGAITÁN 2025 de fecha 17 de febrero de 2025, y para el operador RESGUARDO INDIGENA COROCITO YOPALITO WACOYO el día 21 de febrero de 2025, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos y contractuales establecidos según reposa en archivo de comunicación de la interventoría.
13	Verificar que la ración contratada se entregue en forma individual garantizando el cumplimiento del gramaje establecido por componente de acuerdo con la minuta patrón y las demás condiciones y características exigidas en la normatividad	En el marco de las visitas de verificación, se realizó seguimiento y control técnico realizadas en las instituciones educativas, la interventoría confirmó el cumplimiento de la minuta establecida para la caracterización etaria.

	vigente por cada modalidad de la prestación del servicio implementada	Este proceso permitió constatar que. se entregue en forma individual, cumpliendo con el gramaje y las normativas vigentes, es un pilar fundamental en el ámbito de la alimentación. Garantiza no solo la salud y el bienestar de los usuarios, sino también la calidad y sostenibilidad del servicio alimentario de los programas.
14	Verificar que los operadores de suministro del PAE presenten oportuna y periódicamente los avances frente a planes de mejora establecidos para subsanar los hallazgos identificados en las visitas efectuadas por los entes de control, supervisión, interventoría	Para el periodo del presente informe, el CONSORCIO ORIENTE GAITÁN 2025, se le remitió a los operadores de suministro del PAE los hallazgos identificados durante las visitas verificación seguimiento y control realizadas con corte a 28 de febrero de 2025,. Sin embargo, hasta la fecha, no se ha recibido respuesta ni la presentación de los planes de mejora correspondientes. se encuentra a la espera de la entrega oportuna de los avances y acciones correctivas implementadas, con el fin de garantizar el cumplimiento de las obligaciones contractuales y la mejora continua en la prestación del servicio.
15	Revisar y aprobar el plan de capacitación, y verificar el cumplimiento en su implementación a través actas, listado de asistencia y evidencias fotográficas	A la fecha de cierre del presente informe, los operadores no entregaron los soportes requeridos para verificar la implementación del plan de capacitación, como actas, listados de asistencia y evidencias fotográficas. El CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025 está a la espera de la remisión oportuna de esta documentación para proceder con la revisión y aprobación correspondiente, garantizando el cumplimiento de los lineamientos contractuales.
16	Verificar el cumplimiento de la obligación de adquisición de alimentos comprados a pequeños productores agropecuarios locales y/o a productores de la Agricultura Campesina, Familiar o Comunitaria locales y sus organizaciones, las que tendrán que ser realizadas en un porcentaje mínimo del 30% del valor total de los recursos del presupuesto, en cumplimiento de la Ley 2046 de 2020	El CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025 está a la espera de la remisión oportuna de esta documentación de compras locales, para proceder con la revisión y aprobación correspondiente, garantizando el cumplimiento de los lineamientos contractuales. Se solicito informe pertinente a los operadores de cumplimiento de sus obligaciones contractuales, por medio de correo electrónico se ha solicitado la presentación de los informes con corte al 28 de febrero y dentro de este se incluya la información pertinente de compras locales.
17	**1.** Presentar informe mensual y final de la ejecución de los contratos vigilado, que contenga la siguiente información: **a)** Información general del contrato. **b)** Información relacionada con el cumplimiento de metas. **c)** Número de visitas a Sedes Educativas y bodega de alimentos realizadas durante el mes.	El CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025, para el presente informe ha elaborado y presentado el informe mensual correspondiente a la ejecución de los contratos vigilados, el cual incluye información general del contrato, cumplimiento de metas establecidas, las acciones de mejora propuestas, reporte de situaciones que puedan afectar el suministro de los complementos alimentarios a los titulares de derechos, situaciones que generaron concepto y la obligación de tomar acciones

	d) Número de visitas realizadas a la bodega y sede administrativa. **e)** Reporte de peticiones, quejas o solicitudes presentadas por la comunidad educativa y los resultados obtenidos. **f)** Resultados de la verificación del SIMAT en sitio, relacionada con información consistente e inconsistente y las acciones definidas para superar el hallazgo. **g)** Reuniones de Comités de Alimentación Escolar en los que participó durante el mes y acciones de mejora propuestas los integrantes de esta instancia de participación ciudadana. **h)** Reporte de situaciones presentadas que puedan afectar el suministro de los complementos alimentarios a los Titulares de derechos, por parte del Operador y de los demás actores del Programa de Alimentación Escolar. **i)** Situaciones que generaron concepto y obligación de tomar acciones preventivas y correctivas en la implementación del PAE **j)** Entrega de documentos soporte de visitas que den cuenta de las actividades técnicas, administrativas y contables realizadas en cumplimiento del contrato vigilado. Concepto del seguimiento de inocuidad y calidad de los alimentos, amientes y personal	preventivas y correctivas en la implementación del PAE, entrega de documentos soporte de visitas que evidencian las actividades técnicas, administrativas y contables realizadas en el cumplimiento del contrato, y concepto del seguimiento de inocuidad y calidad de los alimentos, ambientes y personal.
18	Asistir y participar en los Comités de seguimiento al Programa de Alimentación Escolar y mesas públicas	Con el fin de garantizar una participación efectiva El CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025, se ha hecho presente en cada una de las convocatorias a las reuniones programadas por el Municipio, a través de la Supervisión del contrato, con el propósito de participar activamente en la planificación, el seguimiento de la ejecución y la socialización de los resultados de los contratos los cuales son objeto de la presente interventoría.

19	Efectuar mensualmente seguimiento a las raciones entregadas en cada una de las Sedes Educativas	A la fecha de cierre del presente informe, los operadores UNIÓN TEMPORAL NUTRIGAITÁN 2025 Y RESGUARDO INDIGENA COROCITO YOPALITO WACOYO, no han entregado la información pertinente (planillas y certificaciones debidamente firmadas por los rectores de cada una de las sedes educativas) por lo anterior tan pronto realicen la entrega de este insumo se procede a brindar la correspondiente respuesta a la obligación. Enfatizando en el hecho que se presentó a la entidad el día 03 de marzo de 20205 informe preliminar del avance físico y financiero de los complementos alimentarios entregados a las sedes educativas d acuerdo a revisión de formatos de remisión de los operadores y visitas de verificación realizadas en sitio.
20	Elaborar la documentación y el soporte necesario frente a la necesidad de hacer efectivas las garantías del contrato.	El CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025, elaboró el informe parcial en el que se viabiliza la adición o prórroga del contrato 0405 de 2025 para el operador RESGUARDO INDIGENA COROCITO YOPALITO WACOYO. A su vez continua atento a cualquier requerimiento que se presente.
21	Realizar seguimiento a las fechas vencimiento de los productos y los registros sanitarios	El CONSORCIO ORIENTE GAITÁN 2025 ha dado cumplimiento a esta obligación, ya que en cada visita de seguimiento, verificación y control se ha evidenciado que los productos cuentan con una vida útil óptima para el consumo. Asimismo, se realizó la validación de los registros sanitarios conforme a las fichas técnicas presentadas en el plan de alistamiento.
22	Realizar seguimiento a las actividades de limpieza y desinfección de los vehículos transportadores, de conformidad con lo establecido en el contrato intervenido, lo cual deberá estar soportado en los documentos pertinentes y registro fotográfico.	Durante las visita realizadas por parte de la interventoría en las bodegas de los operadores se ha podido evidenciar el cumplimiento de la normativa vigente con respecto los vehículos utilizados para el trasporte de alimentos para las diferentes modalidades , cabe a aclarar que el operador de PAE regular no ha subsanado el hallazgo encontrado con el vehículo utilizado para la ración trasportada el cual debe cumplir con un unas especificaciones diferentes para garantizar la calidad de los alimentos allí transportados.
23	Realizar trazabilidad de los proveedores de alimentos	A la fecha de cierre del presente informe, los operadores UNIÓN TEMPORAL NUTRIGAITÁN 2025 Y RESGUARDO INDIGENA COROCITO YOPALITO WACOYO, no entregaron el listado de proveedores por para poder desarrollar esta actividad.
OBLIGACIONES ADMINISTRATIVAS DE LA INTERVENTORIA		

1	Verificar el cumplimiento del pago de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones y demás obligaciones laborales a cargo del contratista, así como el pago de seguridad social del personal vinculado en la ejecución de los contratos objeto de interventoría	A la fecha de cierre del presente informe, los operadores UNIÓN TEMPORAL NUTRIGAITÁN 2025 Y RESGUARDO INDIGENA COROCITO YOPALITO WACOYO, no ha entregado a la interventoría los soportes que evidencien el cumplimiento del pago de salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones y demás obligaciones laborales, así como el pago de seguridad social del personal vinculado a la ejecución del contrato.
2	Revisar que las personas que conforman el equipo de los operadores del PAE, como la de aquel que reemplace al existente, cumplan las condiciones ofrecidas de acuerdo con lo previsto en el contrato y exigir su reemplazo en condiciones equivalentes cuando fuere necesario	Los operadores UNIÓN TEMPORAL NUTRIGAITÁN 2025 Y RESGUARDO INDIGENA COROCITO YOPALITO WACOYO han solicitado cambios correspondientes del personal, de los cuales las hojas de vida han sido revisadas por la interventoría. Tras la revisión de documental, se ha verificado que el personal propuesto cumple con las condiciones establecidas en el contrato. A su vez, el CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025 continuará con el seguimiento correspondiente para garantizar el cumplimiento de los requisitos contractuales.
3	Verificar y asegurar que el personal de los contratistas objeto de interventoría, para su protección, mantenga durante el tiempo de trabajo una dotación adecuada a la labor desempeñada para la ejecución de las actividades	Durante las visitas de seguimiento, verificación y control realizadas por coordinadores y técnicos de apoyo, se evidenció que, en el caso del operador RESGUARDO INDIGENA COROCITO YOPALITO WACOYO, solo un bajo porcentaje del personal contratado no cumple con la dotación establecida según el lineamiento técnico del programa. En contraste, para el operador UNIÓN TEMPORAL NUTRIGAITÁN 2025, el 50 % del personal carece de la dotación completa se ha evidenciado personal sin botas de seguridad en el área de bodega de acopio, así como también a la ausencia de los logos y distintivos del programa en la dotación algunos de sus colaboradores. La interventoría notifico por correo electrónico a los operadores los hallazgos sobre la dotación para que estos a su vez implementaran los correctivos pertinentes
4	Certificar, en forma oportuna, el cumplimiento por parte del contratista objeto de interventoría de las obligaciones contractuales como pago de seguridad social del personal, numero de raciones entregadas, cumplimiento de compras locales, entrega de dotación, capacitaciones al personal y demás cumplimiento de las obligaciones contractuales	A la fecha de cierre del presente informe, los operadores UNIÓN TEMPORAL NUTRIGAITÁN 2025 Y RESGUARDO INDIGENA COROCITO YOPALITO WACOYO, no han entregado a la interventoría la información y soportes necesarios para certificar el cumplimiento de sus obligaciones contractuales, tales como el pago de seguridad social del personal, el número de raciones entregadas, el cumplimiento de compras locales, la entrega de dotación, las capacitaciones al personal y demás compromisos contractualmente establecidos.

		Se anexa los correos solicitando los respectivos informes a los operadores
5	Revisar y aprobar los informes presentados por el contratista	Hasta la fecha de cierre del presente informe, los operadores UNIÓN TEMPORAL NUTRIGAITÁN 2025 y RESGUARDO INDIGENA COROCITO YOPALITO WACOYO no han entregado a la interventoría los informes correspondientes para su revisión y aprobación. Es importante resaltar que, durante el comité, el operador UNIÓN TEMPORAL NUTRIGAITÁN 2025 se comprometió a entregar el informe a más tardar el 10 de marzo; sin embargo, hasta la fecha, no ha cumplido con dicha entrega y RESGUARDO INDIGENA COROCITO YOPALITO WACOYO entrega al 13 de marzo de 2025. Se anexa los correos solicitando los respectivos informes a los operadores
6	Revisar y aprobar, de conformidad con las condiciones exigidas en el contrato objeto de interventoría, las hojas de vida, con sus soportes, del personal que intervendrá en la ejecución de dicho contrato, así como la de aquel que reemplace al existente	El CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025, ha realizado la revisión de las hojas de vida y sus respectivos soportes del personal que intervendrá en la ejecución de los contratos, verificando el cumplimiento de las condiciones exigidas en los contratos objeto de interventoría. Asimismo, se ha validado la documentación del personal propuesto para reemplazar al existente, garantizando que cumpla con los requisitos establecidos. Se continuará con el seguimiento correspondiente para asegurar que cualquier cambio en el equipo de trabajo se realice en condiciones equivalentes y conforme a lo pactado.
OBLIGACIONES DE ORDEN JURÍDICO O LEGAL		
1	Elaborar y/o revisar los documentos de justificación, debidamente soportados y aprobados por el Municipio de Puerto Gaitán, relacionados con la viabilidad o no de las solicitudes de Actas de: modificación, suspensión, reiniciación o liquidación de los contratos intervenidos	El CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025, elaboró el informe parcial en el que se viabiliza la adición o prórroga del contrato 0405 de 2025 para el operador RESGUARDO INDIGENA COROCITO YOPALITO WACOYO. A su vez continua atento a cualquier requerimiento que se presente.
2	Hacer un seguimiento permanente de los aspectos regulatorios, como expedición de nuevas normas técnicas, normas en materia de seguridad social, riesgos legales y contractuales	El CONSORCIO ORIENTE GAITÁN 2025, por medio de su personal profesional conoce sobre la normativa vigente y ha estado siempre en disposición de la entidad para la correcta ejecución del objeto contractual de acuerdo la regulación establecida.
3	Proyectar de manera oportuna, todas las respuestas a las solicitudes, peticiones y requerimientos que formule la comunidad, los entes de	Para el período reportado no se presentaron solicitudes, peticiones y requerimientos por parte de la comunidad, los entes de control del Estado, y en

	control del Estado, y en general todos los requerimientos que se relacionen con las actividades objeto del contrato y de esta interventoría, las cuales serán remitidas a la Supervisión para la continuidad en el trámite de esta y cumplimiento de términos de ley	general lo relacionado con las actividades objeto del contrato y de esta interventoría.
4	Prestar apoyo para resolver las peticiones y reclamaciones judiciales en relación con la ejecución del contrato objeto de esta interventoría	El CONSORCIO ORIENTE GAITAN 2025, elaboró el informe parcial en el que se viabiliza la adición o prórroga del contrato 0405 de 2025 para el operador RESGUARDO INDIGENA COROCITO YOPALITO WACOYO. A su vez continua atento a cualquier requerimiento que se presente.
5	Durante todo el periodo de ejecución contractual deberá vigilar el cumplimiento de los pagos de prestaciones sociales, pagos de carácter fiscal y demás obligaciones contractuales y legales de acuerdo con la normatividad vigente	Hasta la fecha de cierre del presente informe, los operadores UNIÓN TEMPORAL NUTRIGAITÁN 2025 y RESGUARDO INDIGENA COROCITO YOPALITO WACOYO no han entregado a la interventoría los informes correspondientes para su revisión y aprobación. Es importante resaltar que, durante el comité, el operador UNIÓN TEMPORAL NUTRIGAITÁN 2025 se comprometió a entregar el informe a más tardar el 10 de marzo; sin embargo, hasta la fecha, no ha cumplido con dicha entrega y RESGUARDO INDIGENA COROCITO YOPALITO WACOYO entrega al 13 de marzo de 2025. Se anexa los correos solicitando los respectivos informes a los operadores
6	Solicitar la aplicación de multas o sanciones, emitiendo para el efecto los informes adjuntando las pruebas y soportes en las cuales se soporte el procedimiento respetivo, conforme a los artículos 84 y subsiguientes de la Ley 1474 de 2011	Durante la ejecución del período del 27 de enero al 28 de febrero 2025, no existió necesidad de solicitar la aplicación de multas o sanciones los operadores UNIÓN TEMPORAL NUTRIGAITÁN 2025 y RESGUARDO INDIGENA COROCITO YOPALITO WACOYO.
OBLIGACIONES FINANCIERAS, PRESUPUESTALES Y CONTABLES		
1	Realizar mensualmente un análisis del avance financiero del contrato objeto de interventoría con los debidos soportes, a fin de prever, con la suficiente anticipación, eventuales necesidades de modificaciones de reserva o de disponibilidades presupuestales o cualquier otra medida que el Municipio de Puerto Gaitán deba tomar para asegurar el flujo de fondos del contrato	Hasta la fecha de cierre del presente informe no se ha recibido avance financiero por parte de los operadores UNIÓN TEMPORAL NUTRIGAITÁN 2025 contrato 0321 de 2025 y RESGUARDO INDIGENA COROCITO YOPALITO WACOYO contrato 0405 de 2025. Que permita un análisis del financiero con lo cual se pueda prever posibles desequilibrios económicos. Documentos que cuando sean allegado permitirán a la interventoría verificar y emitir los conceptos pertinentes.
2	Aprobar los balances financieros soportes de cada factura	Durante el periodo del 27 de enero al 28 de febrero, los operadores UNIÓN TEMPORAL NUTRIGAITÁN

		2025 contrato 0321 de 2025 y RESGUARDO INDIGENA COROCITO YOPALITO WACOYO contrato 0405 de 2025, no han allego los balances financieros con sus respectivos soportes. En el momento que los operadores entreguen la documentación pertinente se dará cumplimiento a la obligación
3	Elaborar los balances financieros y la viabilidad de estos para efectos de modificaciones al contrato	A fecha de corte del presente informe se realizó proyectado de avance financiero de cada uno de los operadores donde se identifica que es prioritario una adición al operador de pae indígena, con lo cual se trata de llegar a la fecha donde se empalme con el programa financiado con regalías y de esta forma evitar que los titulares de derecho que den sin atención lo cual generaría un malestar en las comunidades indígenas focalizadas por el programa. Informe de avance físico y financiero adición de PAEPI
4	Verificar el cumplimiento de los requisitos de ley de las facturas aportadas por el operador en la ejecución del contrato	Se verifico la documentación requerida para dar cumplimiento el pago anticipado del contrato 0405 de 2025 pago anticipado del 40 % el cual fue radicado a la administración el día 25 de febrero de .2025 con posterior corrección al 11 de marzo
5	Verificar el pago de seguridad social al personal contratado	Durante el periodo del 27 de enero al 28 de febrero, se verifico el pago de la seguridad social realizado por el personal requerido para el desarrollo de la interventoría, contratados mediante prestación de servicios, de acuerdo al ibc, dedicación y periodo a facturar de los 4 coordinadores, 4 supervisores de campo, 9 técnicos, y 2 auxiliar administrativo. Por otra parte, la interventoría estará a tenta a la recepción de la documentación financiera para realizar la validación de estos conforme al personal requerido contractualmente

4 **CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES RELATIVAS A LA SEGURIDAD SOCIAL:** A la fecha de presentación de los documentos requeridos para el pago, se concluye que el(la) contratista ha cumplido dicha obligación, para lo cual se verificó la planilla de pago y se anexo soporte de la verificación electrónica del pago en la pila (Planilla integral de Liquidación de aportes) de aportes a la seguridad social (salud, pensión y riesgos laborales), correspondiente para lo cual se adjunta la planilla de pago, así:

MES	No PLANILLA	FECHA PAGO DE PLANILLA	SALUD	PENSIÓN	ARL	ICBF	SENA	CAJA DE COMPENSACION	TOTAL
Enero	7964657852	19/03/2025	$ 23.800	$ 30.500	$ 1.000	N/A	N/A	N/A	$ 55.300
Enero	8383449148	27/01/2025	$ 178.000	$ 227.800	$ 7.500	N/A	N/A	N/A	$ 413.300

Enero	9482722749	4/03/2025	$ 23.800	$ 30.500	$ 1.000	N/A	N/A	N/A	$ 55.300
Enero	83624695	27/01/2025	$ 178.000	$ 227.800	$ 7.500	N/A	N/A	N/A	$ 413.300
Enero	84785968	6/03/2025	$ 23.800	$ 30.400	$ 1.000	N/A	N/A	N/A	$ 55.200
Enero	1070924657	5/03/2025	$ 23.800	$ 30.400	$ 1.000	N/A	N/A	N/A	$ 55.200
Febrero	7961649581	26/02/2025	$ 178.400	$ 228.300	$ 7.600	N/A	N/A	N/A	$ 414.300
	7964658662	19/03/2025	$ 46.600	$ 59.700	$ 1.900	N/A	N/A	N/A	$ 108.200
Febrero	84663432	4/03/2025	$ 395.000	$ 505.600	$ 16.500	N/A	N/A	N/A	$ 917.100
Febrero	9482722964	4/03/2025	$ 178.400	$ 228.300	$ 7.600	N/A	N/A	N/A	$ 414.300
Febrero	84444189	25/02/2025	$ 178.400	$ 228.300	$ 34.700	N/A	N/A	N/A	$ 441.400
Febrero	9482891820	6/03/2025	$ 208.200	$ 266.400	$ 40.600	N/A	N/A	N/A	$ 515.200
Febrero	9482856903	6/03/2025	$ 208.200	$ 266.400	$ 40.600	N/A	N/A	N/A	$ 515.200
Febrero	84790406	6/03/2025	$ 208.200	$ 266.400	$ 40.600	N/A	N/A	N/A	$ 515.200
Febrero	9482720830	6/03/2025	$ 208.200	$ 266.400	$ 40.600	N/A	N/A	N/A	$ 515.200
Febrero	9482966561	10/03/2025	$ 133.200	$ 170.500	$ 26.000	N/A	N/A	N/A	$ 329.700
Febrero	84895405	10/03/2025	$ 133.200	$ 170.500	$ 26.000	N/A	N/A	N/A	$ 329.700
Febrero	84789855	6/03/2025	$ 133.200	$ 170.500	$ 26.000	N/A	N/A	N/A	$ 329.700
Febrero	84787244	6/03/2025	$ 133.200	$ 170.500	$ 26.000	N/A	N/A	N/A	$ 329.700
Febrero	84794591	6/03/2025	$ 133.200	$ 170.500	$ 26.000	N/A	N/A	N/A	$ 329.700
Febrero	84785349	6/03/2025	$ 133.200	$ 170.500	$ 5.600	N/A	N/A	N/A	$ 309.300
	84883691	10/03/2025	$ -	$ -	$ 20.400	N/A	N/A	N/A	$ 20.400
Febrero	84794170	6/03/2025	$ 133.200	$ 170.500	$ 26.000	N/A	N/A	N/A	$ 329.700

Febrero	84769847	6/03/2025	$ 133.200	$ 170.500	$ 26.000	N/A	N/A	N/A	$ 329.700
Febrero	1070928355	5/03/2025	$ 133.200	$ 170.500	$ 26.000	N/A	N/A	N/A	$ 329.700
Febrero	1070925997	5/03/2025	$ 178.000	$ 227.800	$ 7.500	N/A	N/A	N/A	$ 413.300
Febrero	84834015	7/03/2025	$ 178.000	$ 227.800	$ 7.500	N/A	N/A	N/A	$ 413.300
								TOTAL	$ 9.197.600

5 **BALANCE FINANCIERO DE EJECUCION DEL CONTRATO A LA FECHA.** El siguiente es el balance financiero de ejecución del contrato:

CONCEPTO	VALOR
PAGO AUTORIZADO EN EL PRESENTE MES/PAGO PARCIAL/CORTE	$ 501.477.262,08
PAGOS ANTERIORES	$ 0
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	$ 1.074.047.064,21
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 1.575.524.326,29

6 **CONCLUSION:** Con base en todo lo expuesto anteriormente, en mi calidad de SUPERVISOR certifico que el contratista cumplió a satisfacción las actividades objeto del contrato y todas las demás obligaciones pactadas, entre ellas las relativas al pago del sistema de seguridad social y en consecuencia autoriza el pago correspondiente del 27 de Enero al 28 de Febrero del 2025, por un valor de QUINIENTOS UN MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL DOCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS CON OCHO CENTAVOS ($ 501.477.262,08) MCTE.

ANEXOS: Todos los documentos que se relacionen en el informe en original.

YESID NORBERTO BAILEY PORRAS
SECRETARIO DE EDUCACIÓN, DESARROLLO ECONÓMICO Y TURISMO SUPERVISOR

Elaboro: Yuribel Nieto Villamizar	Elaboro: Miryan Liliana Martinez	Elaboro: Erika Nataly Pulido	Reviso: Yefferson Posso	Aprobó: Yesid Norberto Bailey Porras
Cargo: CPS Profesional Universitario	Cargo: CPS Profesional Especializado	Cargo: CPS Profesional Especializado	Cargo CPS Profesional Especializado	Cargo Secretario De Educación, Desarrollo Económico Y Turismo