| EMAF Empresa Municipal de Servicios Públicos de Floridablanca E.S.P. | SOLICITUD DE ORDEN DE PAGO | CÓDIGO | AP-GF-RG-23 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 00 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 22/03/2017 |
| | | PÁGINA | 1 de 1 |

## SOLICITUD DE ORDEN DE PAGO

| Fecha de presentación: 26 de agosto de 2025 | No. Folios: |
|---|---|

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BENEFICIARIO: | DIANA ISABEL MURILLO VEGA | | | | | | | | | | |
| C.C. o NIT: | 63.551.200 | | | | | | | | | | |
| VALOR: | CUATRO MILLONES QUNIENTOS MIL DE PESOS MCTE ($4.500.000) | | | | | | | | | | |
| DOCUMENTO PRINCIPAL | Contrato | X | Convenio | | Resolución | | No. | EMAF-CPS-016-2025 | Fecha | 13/02/2025 | |
| | Adicional | | Otro | | | | No. | | Fecha | | |
| DOCUMENTOS ANEXOS: | Pago Seguridad Social y Parafiscales | X | Certificación Bancaria | X | Certificación Aportes Sena en Contratos de Obra | | | | | | |
| | Resolución | | Certificación supervisor | X | Cuenta de cobro | X | | | | | |
| | Otros | | | | | | | | | | |

| CDP No.: 25-00023 | RP No.: 25-00059 | Rubro Presupuestal: 2.1.2.02.02.008.23 | Vigencia: 2025 |
|---|---|---|---|

| Periodo a Cobrar | Desde: 14-04-2025 | Hasta: 13-05-2025 | Acta | X | Parcial | X | No. | 003 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Informe Supervisión | X | Final | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CONCEPTO: | Anticipo | | Desembolso | | Pago Anticipado | |
| | PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO CIVIL PARA LA ASESORIA EN EL COMPONENTE DE ALCANTARILLADO DE LA EMPRESA MUNICIPAL DE ASEO, ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE FLORIDABLANCA EMAF ESP | | | | | |

RESPONSABLES:

AURA CAROLINA PARRA MORA
Gerente General
Ordenador del Gasto
Supervisor y/o interventor del Contrato

| LIQUIDACIÓN DESCUENTOS MUNICIPALES | | |
|---|---|---|
| CONCEPTO | BASE | VALOR RETENCIONES Y/O DEDUCCIONES |
| Vr. Antes de IVA | | |
| IVA | | |
| RETENCION EN LA FUENTE | | |
| RETEIVA | | |
| RETEICA | | |
| PRO-CULTURA | | |
| PRO-ANCIANO | | |
| CONTRIBUCION ESPECIAL CONTRATO DE OBRA PUBLICA | | |
| OTROS DESCUENTOS | | |

| OBSERVACIONES |
|---|
| Se anexa estampilla departamental No. 2502500542205 DE 26 AGOSTO DE 2025 |

**EL SUPERVISOR DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. EMAF-CPS-016-2025 DEL 13 DE FEBRERO DE 2025**

**CERTIFICA QUE:**

Que los documentos que soportan el cumplimiento de la Actividades desarrolladas en el periodo comprendido entre el **14 DE ABRIL AL 13 DE MAYO DE 2025**, reposan en el Expediente del Contrato, como son los siguientes;

1. Acta Parcial No. **003** del período comprendido entre el **14 DE ABRIL AL 13 DE MAYO DE 2025.**
2. Informe de Actividades y Certificación del Supervisor No. **003** del período comprendido entre el **14 DE ABRIL AL 13 DE MAYO DE 2025.**
3. Planilla de Seguridad Social del mes de **ABRIL Y MAYO DE 2025**.
4. CD con las actividades realizadas en el periodo del **14 DE ABRIL AL 13 DE MAYO DE 2025.**
5. Adjunta Estampilla No. **2502500542205 DE 26 AGOSTO DE 2025**

Esto con el fin para ser anexada a los documentos que se envían al área Financiera para su respectivo pago.

Dado en Floridablanca a los VEINTISEIS (26) DE AGOSTO DE 2025.

**AURA CAROLINA PARRA MORA**
**GERENTE GENERAL EMAF E.S.P.**
**SUPERVISORA**

| EMAF | GESTION JURIDICA | CODIGO | AP-JC-RG-26 |
|---|---|---|---|
| | | VERSION | 00 |
| | INFORMES DE ACTIVIDADES | FECHA DE APROBACION | 22/03/2017 |
| | | PAGINA: | 1 de 1 |

| No. DE CONTRATO | EMAF-CPS-016-2025 | FECHA DE CONTRATO | *13 DE FEBRERO DE 2025* |
|---|---|---|---|
| NOMBRE CONTRATISTA | DIANA ISABEL MURILLO VEGA | | |
| NÚMERO DE CEDULA | 63.551.200 DE BUCARAMANGA | | |

**OBJETO DEL CONTRATO**

**PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO CIVIL PARA LA ASESORIA EN EL COMPONENTE DE ALCANTARILLADO DE LA EMPRESA MUNICIPAL DE ASEO, ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE FLORIDABLANCA EMAF ESP**

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR | *AURA CAROLINA PARRA MORA* |
| Periodo comprendido | *14 DE ABRIL AL 13 DE MAYO DE 2025* |
| CARGO DEL SUPERVISOR | *GERENTE GENERAL* |
| OFICINA GESTORA | *GERENCIA EMAF E.S.P* |

**PERIODO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| | |
|---|---|
| PERIODO CUMPLIDO DE EJECUCIÓN | *14 DE ABRIL AL 13 DE MAYO DE 2025* |
| VALOR A PAGAR | *$ 4.500.000* |

**INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**

DANDO CUMPLIMIENTO AL CONTRATO SEÑALADO, RELACIONO LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO:

| No. | ACTIVIDAD CONTRACTUAL | ACTIVIDAD REALIZADA | EVIDENCIA/SOPORTE |
|---|---|---|---|
| 1. | Realizar apoyo para la elaboración del informe técnico de ejecución de actividades realizadas dentro de los contratos de obra suscritos por la EMAF y que sean asignados por el supervisor | Se anexa informe donde se relaciona las cantidades ejecutadas por el contratista de obra en los siguientes sectores de acuerdo con los planos topográficos:<br>CALLE 29 ENTRE CARRERAS 8E Y 9E<br>CARRERA 8 CON CALLE 29<br>CARRERA 7E ENTRE CALLES 28 Y 29<br>CARRERA 6AE ENTRE CALLES 28 Y 29<br>CARRERA 6AE ENTRE CALLES 29 Y 30<br>CARRERA 2AE ENTRE CALLES 27 Y 29<br>CALLE 27C ENTRE CARRERAS 6E Y 7E<br>Se anexa informe donde se relaciona las actividades y cantidades ejecutadas dentro del contratos de zonas verdes | Se anexan informes (1. INFORME 1 _zonas verdes_v1) y (INFORME No. 3) |
| 2. | Realizar informe para la liquidación de los contratos suscritos por la EMAF, y que sean designados por el supervisor | No se ejecutó en este periodo | N/A |
| 3. | Realizar revisión presupuestal de la ejecución dentro de los contratos de obra suscritos por la EMAF y que sean designados por el supervisor | Se realizo la revisión de las cantidades ejecutadas dentro del presupuesto de zonas verdes | Se anexa informe (1. INFORME 1 _zonas verdes_v1) |
| 4. | Realizar el seguimiento de campo a los contratos de obra suscritos por la EMAF y que sean designados por el supervisor | Se realizo seguimiento a las actividades ejecutadas por el contratista dentro del contrato de zonas verdes | Se anexa informe (1. INFORME 1 _zonas verdes_v1) |
| 5. | Asistir a reuniones que se programen dentro de la supervisión de los contratos de obra suscritos por la EMAF y que sean designados por el supervisor | No se ejecutó en este periodo | N/A |
| 6. | Las demás que le sean designadas a través del supervisor y que estén relacionadas con el objeto contractual. | No se ejecutó en este periodo | N/A |

**ANEXOS:** Los anexos constan en CD

Con base en el informe presentado por el Contratista respecto a las actividades ejecutadas en el presente contrato y como parte de la constancia para acceder a los recursos financieros aportados por parte de la EMAF E.S.P. y tomando como base la presente Acta Parcial se certifican las actividades realizadas.

Se expide en Floridablanca, a los VEINTISEIS (26) días del mes AGOSTO de 2025.

**AURA CAROLINA PARRA MORA**
**GERENTE GENERAL**
**SUPERVISOR**

**DIANA ISABEL MURILLO VEGA**
**63.551.200 DE BUCARAMANGA**
**CONTRATISTA**

| EMAF | CUENTA DE COBRO | CÓDIGO | AP-GF-RG-24 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 00 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 22/03/2017 |
| | | PÁGINA | 1 de 1 |

| CUENTA DE COBRO No. | 03 | FECHA | 26 DE AGOSTO DE 2025 |
|---|---|---|---|

**EMPRESA MUNICIPAL DE ASEO, ALCANTARILLADO Y ACUEDUCTO DE FLORIDABLANCA ESP DE DEBE A:**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE CONTRATISTA** | ***DIANA ISABEL MURILLO VEGA*** |
| **CEDULA DE CIUDADANÍA** | *63.551.200 DE BUCARAMANGA* |
| **VALOR EN NÚMEROS** | $4.500.000 |
| **LA SUMA DE** | CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE |

| **POR CONCEPTO DE:** | | | |
|---|---|---|---|
| **PAGO ENTRE EL PERIODO DEL:** | **14 DE ABRIL AL 13 DE MAYO DE 2025.** | | |
| **DEL CONTRATO No.** | EMAF-CPS-016-2025 | **CON FECHA DE CONTRATO** | 13 DE FEBRERO DE 2025 |
| **CON OBJETO DE CONTRATO** | **PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO CIVIL PARA LA ASESORIA EN EL COMPONENTE DE ALCANTARILLADO DE LA EMPRESA MUNICIPAL DE ASEO, ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE FLORIDABLANCA EMAF ESP** | | |

| **FAVOR CONSIGNAR A LA CUENTA** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRE DEL BANCO** | *BANCO DAVIVIENDA* | | | | |
| **NÚMERO DE CUENTA** | *047200041482* | **AHORROS** | *X* | **CORRIENTE** | |

PARA CONSTANCIA, SE FIRMA EN FLORIDABLANCA, EL DÍA VEINTISEIS (26) DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2025.

**DIANA ISABEL MURILLO VEGA**
63.551.200 DE BUCARAMANGA
**CONTRATISTA**
**Teléfono: 300-5788594**

| ACTA No. | 03 | TIPO DE CONTRATO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES |
|---|---|---|---|

| INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO | EMAF-CPS-016-2025 | FECHA DE CONTRATO | *13 DE FEBRERO DE 2025* |
| NOMBRE CONTRATISTA | *DIANA ISABEL MURILLO VEGA* | | |
| NÚMERO DE CEDULA | 63.551.200 DE BUCARAMANGA | | |

| OBJETO DEL CONTRATO |
|---|
| PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO CIVIL PARA LA ASESORIA EN EL COMPONENTE DE ALCANTARILLADO DE LA EMPRESA MUNICIPAL DE ASEO, ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO DE FLORIDABLANCA EMAF ESP |

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE CDP | *25-00023* | FECHA DE EXPEDICIÓN CDP | *05 DE FEBRERO DE 2025* |
| No. CDP ADICIÓN (SI APLICA) | N/A | FECHA DE EXPEDICIÓN CDP ADICIÓN | N/A |
| No. DE RP | *25-00059* | FECHA DE EXPEDICIÓN RP | *14 DE FEBRERO DE 2025* |
| No. RP ADICIÓN (SI APLICA) | N/A | FECHA DE EXPEDICIÓN RP ADICIÓN | N/A |

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR | AURA CAROLINA PARRA MORA |
| CARGO DEL SUPERVISOR | *GERENTE GENERAL* |
| OFICINA GESTORA | *GERENCIA EMAF ESP* |
| PLAZO DEL CONTRATO | *CUATRO (4) MESES* |
| PLAZO ADICIONAL DEL CONTRATO | *NA* |
| FECHA DE INICIO DEL CONTRATO | *14-02-2025* |
| FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL | *13-06-2025* |
| FECHA DE TERMINACION DE LA ADICION (SI APLICA) | *NA* |
| FECHA DE TERMINACIÓN PROYECTADA CTO. | *NA* |

| PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL | |
|---|---|
| **ABRIL** | |
| NOMBRE DE LA EPS | SANITAS |
| PLANILLA No. | ***33751476*** |
| FECHA DE PAGO | 13/06/2025 |
| PERIODO DE COTIZACIÓN | ABRIL |
| VALOR PAGADO | $230.800 |
| NOMBRE DEL FONDO DE PENSIÓN | PROTECCION |
| PLANILLA No. | ***33751476*** |
| FECHA DE PAGO | 13/06/2025 |
| PERIODO DE COTIZACIÓN | ABRIL |
| VALOR PAGADO | $ 295.400 |
| NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES | ***SEGUROS POSITIVA*** |
| PLANILLA No. | ***33751476*** |
| FECHA DE PAGO | 13/06/2025 |
| PERIODO COTIZADO | ABRIL |
| VALOR PAGADO | *$45.100* |
| **MAYO** | |
| NOMBRE DE LA EPS | SANITAS |
| PLANILLA No. | ***33751464*** |
| FECHA DE PAGO | 25/08/2025 |
| PERIODO DE COTIZACIÓN | MAYO |
| VALOR PAGADO | $236.700 |
| NOMBRE DEL FONDO DE PENSIÓN | PROTECCION |
| PLANILLA No. | ***33751464*** |
| FECHA DE PAGO | 25/08/2025 |
| PERIODO DE COTIZACIÓN | MAYO |
| VALOR PAGADO | $ 303.000 |
| NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES | ***SEGUROS POSITIVA*** |
| PLANILLA No. | ***33751464*** |
| FECHA DE PAGO | 25/08/2025 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PERIODO COTIZADO** | MAYO | | |
| **VALOR PAGADO** | *$46.200* | | |
| **PÓLIZA DE GARANTÍAS (Si Aplica)** | | | |
| **NOMBRE DE LA ASEGURADORA** | *N/A* | | |
| **NÚMERO DE PÓLIZA** | *N/A* | | |
| **FECHA DE APROBACIÓN** | *N/A* | | |
| **ESTAMPILLA DEPARTAMENTAL** | | | |
| **TIPO ESTAMPILLA / No. DE ESTAMPILLA** | **2502500542205** | | |
| **FECHA DE ESTAMPILLA** | **26 DE AGOSTO DE 2025** | | |
| **VALOR PAGADO** | **$198.000** | | |
| Se reunieron el Supervisor y Contratista, con el fin de realizar el pago parcial del presente Contrato, y el suscrito Supervisor se sirve **CERTIFICAR** que el Contratista cumplió a cabalidad con sus obligaciones contractuales, certificando que ha verificado personalmente su ejecución con el informe de actividades y el pago de la seguridad social. | | | |
| **EJECUCIÓN DEL CONTRATO** | | | |
| **PAGO ENTRE EL PERIODO DEL** | **14 DE ABRIL AL 13 DE MAYO DE 2025** | | |
| **PORCENTAJE ESTADO DE EJECUCIÓN INICIAL** | *75%* | **PORCENTAJE ESTADO DE EJECUCIÓN ADICIÓN** | *0%* |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 18.000.000 | ***VALOR ADICIÓN DEL CONTRATO*** | N/A |
| **PRIMER PAGO** | $ 4.500.000 | **PRIMER PAGO** | - |
| **SEGUNDO PAGO** | $ 4.500.000 | **SEGUNDO PAGO** | - |
| **TERCER PAGO** | $ 4.500.000 | **TERCER PAGO** | - |
| **CUARTO PAGO** | - | **CUARTO PAGO** | - |
| **SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR** | *$ 4.500.000* | **SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR** | - |
| **TOTAL (SUMAS IGUALES)** | *$18.000.000* | **TOTAL (SUMAS IGUALES)** | - |

DADO EN FLORIDABLANCA A LOS **VEINTISEIS (26) DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2025**.

**DIANA ISABEL MURILLO VEGA**
**C.C. 63.551.200**
**CONTRATISTA**

**AURA CAROLINA PARRA MORA**
**GERENTE EMAF ESP**
**SUPERVISOR**

# Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500542205

Contribuyente

**Trámite** CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $ 90.000 |
| PRO UIS | $ 90.000 |
| **Total Estampillas** | **$ 180.000** |
| Ordenanza 012 | $ 18.000 |
| **Total a Pagar** | **$ 198.000** |

**Fecha de Expedición** 2025/08/26 **Fecha Limite de Pago** 2025/09/01

Con destino a: Empresa Municipal de Aseo, Alcantarillado y Acueducto de Floridablanca E.S.P.

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** CC **Número** 63551200

**Nombre** DIANA ISABEL MURILLO VEGA
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento**

(415)7709998038639(8020)02502500542205(3900)00000000198000(96)20250901

| | |
|---|---|
| VALOR BASE | $ 4.500.000 |
| VALOR TOTAL CONTRATO | $ 18.000.000 |
| VALOR ORDEN DE PAGO | $ 4.500.000 |
| FECHA CONTRATO | 28/01/2025 |
| NRO. CONTRATO | 016 |
| NUMERO ORDEN DE PAGO | 3 |

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500542205

**Trámite** CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: Empresa Municipal de Aseo, Alcantarillado y Acueducto de Floridablanca E.S.P.

Tipo de Doc. CC Numero: 63551200
Nombre: DIANA ISABEL MURILLO VEGA
Dirección: Teléfono:

| | |
|---|---|
| VALOR BASE | $ 4.500.000 |
| VALOR TOTAL CONTRATO | $ 18.000.000 |
| VALOR ORDEN DE PAGO | $ 4.500.000 |
| FECHA CONTRATO | 28/01/2025 |
| NRO. CONTRATO | 016 |

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $ 90.000 |
| PRO UIS | $ 90.000 |
| **Total Estampillas** | **$ 180.000** |
| Ordenanza 012 | $ 18.000 |
| **Total a Pagar** | **$ 198.000** |

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500542205

**Trámite** CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: Empresa Municipal de Aseo, Alcantarillado y Acueducto de Floridablanca E.S.P.

**Total a Pagar** $ 198.000

**Fecha de Expedición** 2025/08/26 **Fecha Limite de Pago** 2025/09/01

| | |
|---|---|
| VALOR BASE | $ 4.500.000 |
| VALOR TOTAL CONTRATO | $ 18.000.000 |
| VALOR ORDEN DE PAGO | $ 4.500.000 |
| FECHA CONTRATO | 28/01/2025 |
| NRO. CONTRATO | 016 |

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $ 90.000 |
| PRO UIS | $ 90.000 |
| **Total Estampillas** | **$ 180.000** |
| Ordenanza 012 | $ 18.000 |

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500542205

**Trámite** CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: Empresa Municipal de Aseo, Alcantarillado y Acueducto de Floridablanca E.S.P.

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $ 90.000 |
| PRO UIS | $ 90.000 |
| **Total Estampillas** | **$ 180.000** |
| Ordenanza 012 | $ 18.000 |
| **Total a Pagar** | **$ 198.000** |

**Contribuyente** **Tipo de Doc.** CC **Número** 63551200

**Nombre** DIANA ISABEL MURILLO VEGA
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento**

(415)8902012356005(8020)02502500542205(3900)00000000180000(96)20250901

| | |
|---|---|
| VALOR BASE | $ 4.500.000 |
| VALOR TOTAL CONTRATO | $ 18.000.000 |
| VALOR ORDEN DE PAGO | $ 4.500.000 |
| FECHA CONTRATO | 28/01/2025 |
| NRO. CONTRATO | 016 |

**Fecha de Expedición** 2025/08/26
**Fecha Limite de Pago** 2025/09/01

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500542205

**Con ribuyen e** **Tipo de Doc.** CC **Número** 63551200

**Nombre** DIANA ISABEL MURILLO VEGA
**Dirección** **Teléfono**
**Municipio** **Departamento**

**Trámite** CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con destino a: Empresa Municipal de Aseo, Alcantarillado y Acueducto de Floridablanca E.S.P.

**Fecha de Expedición** 2025/08/26

**Total a Pagar** $ 198.000

(415)8902012356005(8020)02502500542205(3900)00000000180000(96)20250901

(415)8902012356006(8020)02502500542205(3900)00000000018000(96)20250901

| | |
|---|---|
| PRO HOSPITAL | $ 90.000 |
| PRO UIS | $ 90.000 |
| **Total Estampillas** | **$ 180.000** |
| Ordenanza 012 | $ 18.000 |

Pago No Electrónicamente

SOPAGOS s.a.

# PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
## PLANILLA NRO. 33751476
## REFERENCIA DE PAGO (PIN):
## Fecha Pago Planilla: 2025-06-13

PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| RAZÓN SOCIAL | DIANA ISABEL MURILLO VEGA | TIPO DE PERSONA | Natural | TIPO DE DOCUMENTO | Cédula de Ciudadanía |
| Nro. DE IDENTIFICACIÓN | 63551200 | D.V. | 0 | TIPO DE APORTANTE | Independiente |
| DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | CARRERA 18 N 88 72 MIRADORES DE SAN LUIS | DEPARTAMENTO | SANTANDER | MUNICIPIO | BUCARAMANGA |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA | 7112 | CORREO ELECTRÓNICO | DIANAVALENTIVA6@HOTMAIL.COM | TELÉFONO | 6941581 |
| FAX | 6941581 | SUCURSAL | 0 | NOMBRE SUCURSAL | 0 |
| TIPO DE ENTIDAD | Privada | ARL | POSITIVA | Tipo de aportante | Independiente |

| REPRESENTANTE LEGAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nro. DE IDENTIFICACIÓN | | PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | |
| PRIMER NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE | | | |

| PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN | | PERÍODO COTIZACIÓN SALUD | | FORMA DE PRESENTACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Año: 2025 | Mes: 04 | Año: 2025 | Mes: 04 | Único |
| Nro. DE TRABAJADORES | | Vlr. TOTAL NÓMINA | | Nro. DE RADICACIÓN |
| 1 | | $0 | | 33751476 |

| IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO | | | | | | | | | | Salario |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Tipo Vinculación | Subtipo Cot | Ext no obl | Colombiano ext | Dpto | Mun | Actividad Eco | Tipo de Salario | Nombres | Salario Básico |
| CC-63551200 | 59 | No | No | No | 68 | 1 | 3711001 | Salario | MURILLO VEGA DIANA ISABEL | $1.423.500 |

| NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| entificación | ING | Fecha Ing | RET | Fecha Ret | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | Fecha Nov Vsp | VTE | VST | SLN | Fecha Sln Inicio | Fecha Sln Fin | IGE | Fecha Ige Inicio | Fecha Ige Fin | LMA | Fecha Lma Inicio | Fecha Lma Fin | VAC | Fecha Vac Inicio | Fecha Vac Fin | AVP | VCT | Fecha Vct Inicio | Fecha Vct Fin | IRL | Fecha Irp Inicio | Fecha Irp Fin |
| - 63551200 | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |

| SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| entificación | AFP | Dias Cotizados | IBC pensión | Tarifa | Cot Obl | Cot Vol Afil | Cot Vol Aport | Total Cot | Fondo Sol | Fondo Subsistencia | Vlr no ret |
| - 63551200 | PROTECCION | 30 | $1.800.000 | 0.1600000 | $288.000 | $0 | $0 | $288.000 | $0 | $0 | $0 |

| SISTEMA GENERAL DE SALUD | | | | | | | | | | | SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| tificación | EPS | Dias Cot | IBC salud | Tarifa | Cot Obl | UPC Adic | Núm Aut EG | Valor EG | Núm Aut Lic | Valor Lic | Dias Cot | IBC Riesgos | Cód CT | Tarifa | Cot Obl |
| - 63551200 | SANITAS | 30 | $1.800.000 | 0.1250000 | $225.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.800.000 | 80400221 5 | 0.0243600 | $43.900 |

| APORTES PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| tificación | CCF | Días Cot a CCF | IBC Cajas | Tarifa CCF | Aporte CCF | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF | Tarifa ESAP | Aporte ESAP | Tarifa Min Edu | Aporte Min Edu |
| -63551200 | SIN CCF | 0 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |

TOTALES PARA EL PERÍODO 2025 - 04

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

| NISTRADO RA | NÚM AFIL | VLR TOTAL COT OBL | VLR COTIZACIÓN VOL AFIL | VLR COTIZACIÓN VOL APOR | VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL | VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS | DÍAS MORA | VLR INTERESES | VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD | VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA | TOTAL PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TECCION | 1 | $288.000 | $0 | $0 | $0 | $0 | 39 | $7.400 | $0 | $0 | $295.400 |

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

| NISTRA ORA | NÚM AFIL | VLR TOTAL COT OBL | VLR UPC | AUT. IGE | VLR IGE | AUT. DESC LMA | VLR LMA | VLR NETO APORTE S DE COT | DÍAS MORA | VLR INTERE SES COT OBL | VLR INTERE SES UPC | SUBTOT AL APORTE S COT | SUBTOT AL APORTE S | RADICA CIÓN AUTOLI Q INICIA L | SALDO FAVOR PERÍOD O ANTERI OR COT OBL | SALDO FAVOR PERÍOD O ANTERI OR UPC | TOTAL PAGAR COT OBL | TOTAL PAGAR UPC | FONDO DE SOL SALUD | TOTAL PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ITAS | 1 | $225.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | $225.000 | 39 | $5.800 | $0 | $230.800 | $0 | 0 | $0 | $0 | $230.800 | $0 | $0 | $230.800 |

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA

| NISTRA ORA | NÚM AFIL | VLR TOTAL COT OBL | NÚM AUT PAGO INCAPACIDA DES | VLR INCAPACIDA DES | VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS | VLR NETO APORTES COTIZACIÓN | DÍAS MORA | INT MORA COT OBL | SUBTOTAL APORTES COT | NÚM RAD AUTOLIQUID ACIÓN INICIAL | SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR | FONDO SOL RIESGOS PROFESIONA LES | TOTAL PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ITIVA | 1 | $43.900 | 0 | $0 | $0 | $43.900 | 39 | $1.200 | $45.100 | 0 | $0 | $451 | $45.100 |

TOTAL APORTES PARAFISCALES

| NOMBRE ENTIDAD | NÚM DE AFIL | VLR TOTAL APORTES | DÍAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|
| SIN CCF | 1 | $0 | 39 | $0 | $0 |
| SENA | 0 | $0 | 39 | $0 | $0 |
| ICBF | 0 | $0 | 39 | $0 | $0 |
| ESAP | 0 | $0 | 39 | $0 | $0 |
| MinEdu | 0 | $0 | 39 | $0 | $0 |

TOTAL A PAGAR

| CONCEPTO | TOTAL ENTIDADES | VALOR |
|---|---|---|
| SALUD | 1 | $230.800 |
| PENSIONES | 1 | $295.400 |
| RIESGOS PROFESIONALES | 1 | $45.100 |
| CAJAS DE COMPENSACIÓN | 0 | $0 |

ASOPAGOS s.a.

# PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

PLANILLA NRO. 33751464

REFERENCIA DE PAGO (PIN):

Fecha Pago Planilla: 2025-08-25

PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| RAZÓN SOCIAL | DIANA ISABEL MURILLO VEGA | TIPO DE PERSONA | Natural | TIPO DE DOCUMENTO | Cédula de Ciudadanía |
| Nro. DE IDENTIFICACIÓN | 63551200 | D.V. | 0 | TIPO DE APORTANTE | Independiente |
| DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | CARRERA 18 N 88 72 MIRADORES DE SAN LUIS | DEPARTAMENTO | SANTANDER | MUNICIPIO | BUCARAMANGA |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA | 7112 | CORREO ELECTRÓNICO | DIANAVALENTIVA6@HOTMAIL.COM | TELÉFONO | 6941581 |
| FAX | 6941581 | SUCURSAL | 0 | NOMBRE SUCURSAL | 0 |
| TIPO DE ENTIDAD | Privada | ARL | POSITIVA | Tipo de aportante | Administrador de pensiones |

| REPRESENTANTE LEGAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nro. DE IDENTIFICACIÓN | | PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | |
| PRIMER NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE | | | |

| PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN | | PERÍODO COTIZACIÓN SALUD | | FORMA DE PRESENTACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Año: 2025 | Mes: 05 | Año: 2025 | Mes: 05 | Único |
| Nro. DE TRABAJADORES | | Vlr. TOTAL NÓMINA | | Nro. DE RADICACIÓN |
| 1 | | $0 | | 33751464 |

| IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO | | | | | | | | | | Salario |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Tipo Vinculación | Subtipo Cot | Ext no obl | Colombiano ext | Dpto | Mun | Actividad Eco | Tipo de Salario | Nombres | Salario Básico |
| CC-63551200 | 59 | No | No | No | 68 | 1 | 3711001 | Salario | MURILLO VEGA DIANA ISABEL | $1.423.500 |

| NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | ING | Fecha Ing | RET | Fecha Ret | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | Fecha Nov Vsp | VTE | VST | SLN | Fecha Sln Inicio | Fecha Sln Fin | IGE | Fecha Ige Inicio | Fecha Ige Fin | LMA | Fecha Lma Inicio | Fecha Lma Fin | VAC | Fecha Vac Inicio | Fecha Vac Fin | AVP | VCT | Fecha Vct Inicio | Fecha Vct Fin | IRL | Fecha Irp Inicio | Fecha Irp Fin |
| CC - 63551200 | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |

| SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | AFP | Dias Cotizados | IBC pensión | Tarifa | Cot Obl | Cot Vol Afil | Cot Vol Aport | Total Cot | Fondo Sol | Fondo Subsistencia | Vlr no ret |
| CC - 63551200 | PROTECCION | 30 | $1.800.000 | 0.1600000 | $288.000 | $0 | $0 | $288.000 | $0 | $0 | $0 |

| SISTEMA GENERAL DE SALUD | | | | | | | | | | | SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | EPS | Dias Cot | IBC salud | Tarifa | Cot Obl | UPC Adic | Núm Aut EG | Valor EG | Núm Aut Lic | Valor Lic | Dias Cot | IBC Riesgos | Cód CT | Tarifa | Cot Obl |
| CC - 63551200 | SANITAS | 30 | $1.800.000 | 0.1250000 | $225.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.800.000 | 80400221 5 | 0.0243600 | $43.900 |

| APORTES PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | CCF | Días Cot a CCF | IBC Cajas | Tarifa CCF | Aporte CCF | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF | Tarifa ESAP | Aporte ESAP | Tarifa Min Edu | Aporte Min Edu |
| CC-63551200 | SIN CCF | 0 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |

| TOTALES PARA EL PERÍODO 2025 - 05 | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA | | | | | | | | | | | |
| ADMINISTRADORA | NÚM AFIL | VLR TOTAL COT OBL | VLR COTIZACIÓN VOL AFIL | VLR COTIZACIÓN VOL APOR | VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL | VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS | DÍAS MORA | VLR INTERESES | VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD | VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA | TOTAL PAGAR |
| PROTECCION | 1 | $288.000 | $0 | $0 | $0 | $0 | 82 | $15.000 | $0 | $0 | $303.000 |

| TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ADMINISTRADORA | NÚM AFIL | VLR TOTAL COT OBL | VLR UPC | AUT. IGE | VLR IGE | AUT. DESC LMA | VLR LMA | VLR NETO APORTES DE COT | DÍAS MORA | VLR INTERESES COT OBL | VLR INTERESES UPC | SUBTOTAL APORTES COT | SUBTOTAL APORTES | RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL | SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL | SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC | TOTAL PAGAR COT OBL | TOTAL PAGAR UPC | FONDO DE SOL SALUD | TOTAL PAGAR |
| SANITAS | 1 | $225.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | $225.000 | 82 | $11.700 | $0 | $236.700 | $0 | 0 | $0 | $0 | $236.700 | $0 | $0 | $236.700 |

| TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ADMINISTRADORA | NÚM AFIL | VLR TOTAL COT OBL | NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES | VLR INCAPACIDADES | VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS | VLR NETO APORTES COTIZACIÓN | DÍAS MORA | INT MORA COT OBL | SUBTOTAL APORTES COT | NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL | SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR | FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES | TOTAL PAGAR |
| POSITIVA | 1 | $43.900 | 0 | $0 | $0 | $43.900 | 82 | $2.300 | $46.200 | 0 | $0 | $462 | $46.200 |

| TOTAL APORTES PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE ENTIDAD | NÚM DE AFIL | VLR TOTAL APORTES | DÍAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR |
| SIN CCF | 1 | $0 | 82 | $0 | $0 |
| SENA | 0 | $0 | 82 | $0 | $0 |
| ICBF | 0 | $0 | 82 | $0 | $0 |
| ESAP | 0 | $0 | 82 | $0 | $0 |
| MinEdu | 0 | $0 | 82 | $0 | $0 |

| TOTAL A PAGAR | | |
|---|---|---|
| CONCEPTO | TOTAL ENTIDADES | VALOR |
| SALUD | 1 | $236.700 |
| PENSIONES | 1 | $303.000 |
| RIESGOS PROFESIONALES | 1 | $46.200 |
| CAJAS DE COMPENSACIÓN | 0 | $0 |