Villavicencio, abril 30 de 2025

Anexo 1.4.1

CERTIFICACIÓN

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Meta

ASUNTO: Certificado del contrato **N°5000-666-2024** – Servicio "Apoyo Psicológico Especializado".

Yo, MARTHA MEJIA DE ROMERO, identificada con cédula de ciudadanía No. 21.232.354de Villavicencio, actuando como Representante de la Fundación Para El Progreso De La Orinoquia "FUNDEPRO" con identificación tributaria N°822.002.132-5, certifico que al suscribir el contrato N°5000-666-2024 Servicio "Apoyo Psicológico Especializado":

En el periodo comprendido del 01 al 30 de abril de 2025, en el Servicio complementario de Apoyo Psicológico Especializado, Mantiene la licencia de funcionamiento vigente para el servicio objeto del presente contrato durante el plazo de ejecución del contrato.

Se adjunta:

- Licencia de Funcionamiento Inicial Fundación para el Progreso de la Orinoquia – FUNDEPRO
- RESOLUCIÓN 000422 DE 2024 - SEP Licencia de Funcionamiento FUNDEPRO

La presente certificación se expide en Villavicencio a los Treinta (30) días del mes de abril de Dos mil veinticuatro (2024), con destino al INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR- REGIONAL META.

En constancia firma:

MARTHA MEJIA DE ROMERO
cc 21.232.354
Representante Legal
FUNDEPRO

Villavicencio, abril 30 de 2025

Anexo 1.4.3

CERTIFICACIÓN

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Meta

ASUNTO: Certificado del contrato **N°5000-666-2024** – Servicio "Apoyo Psicológico Especializado".

Yo, MARTHA MEJIA DE ROMERO, identificada con cédula de ciudadanía No. 21.232.354de Villavicencio, actuando como Representante de la Fundación Para El Progreso De La Orinoquia "FUNDEPRO" con identificación tributaria N°822.002.132-5, certifico que al suscribir el contrato N°5000-666-2024 Servicio "Apoyo Psicológico Especializado":

En el periodo comprendido del 01 al 30 de abril de 2025, en el Servicio complementario de Apoyo Psicológico Especializado, Se adjunta ACTA DE REUNIÓN-SUPERVISIÓN - ENTREVISTAS USUARIOS- SUPERVISIÓN - INSTRUMENTO – SUPERVISIÓN.

La presente certificación se expide en Villavicencio a los Treinta (30) días del mes de abril de Dos mil veinticuatro (2024), con destino al INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR- REGIONAL META.

En constancia firma:



MARTHA MEJIA DE ROMERO
cc 21.232.354
Representante Legal
FUNDEPRO

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 2			
Hora: 8:00 am		**Fecha:** 22/04/2025	
Lugar:	Apoyo Psicológico Especializado– APE		
Dependencia que Convoca:	Grupo De Asistencia Técnica		
Proceso:	Protección		
Objetivo:	Resultado de entrevista NNA de la modalidad APE de la Entidad Administradora de los Servicios de ICBF FUNDEPRO		

Agenda:

- Saludo
- Se presenta la metodología de la entrevista aplicar a los NNA de modalidad Apoyo Psicológico Especializado
- Se socializa acta de entrega de resultados al operador
- Compromisos

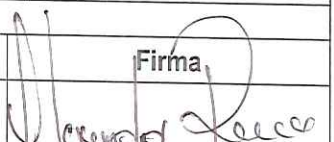
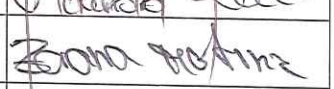
Desarrollo: Se realiza la visita en la Entidad FUNDEPRO en la Unidad de Servicio de la modalidad Apoyo Psicológico Especializado ubicada en el barrio Villa Julia, en el marco de la visita de supervisión, se realiza presentación de las profesionales de apoyo a la supervisión y se dan las orientaciones para el desarrollo de la misma, entre esta las relacionadas con el desarrollo de la entrevista a los NNA de la modalidad, se indica que la profesional que desarrollara la misma es la profesional en Psicología Yuly Alexandra Russi Barrera del equipo de apoyo a la supervisión, quien una vez finaliza las entrevistas, procede a la socialización de los resultados dejando en la unidad de servicio un acta con la información de este, por lo cual se tiene en cuenta lo contemplado en el Anexo de entrevista F1.A49.G27.P, se obtiene la siguiente información:

Número de NNA entrevistados: Se realizó entrevista a 10 usuarios de la modalidad acorde a la muestra en la unidad de servicio, las cuales se hicieron de manera presencial

Porcentaje de cumplimiento: El porcentaje de cumplimiento es 100.00%

Observaciones: Se evidencia cumplimiento del 100% según lo referido por los NNA de manera presencial sobre la prestación del servicio y del proceso psicológico. Es necesario, referir que el total de los usuarios entrevistados manifestaron estar contentos con el proceso y tener una relación de empatía con los profesionales.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Tener en cuenta las observaciones de los usuarios cuando aplique	Operador FUNDEPRO	A partir de la fecha

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Yuly Alexandra Russi Barrera	Psicóloga / Apoyo Supervisión / GAT	ICBF	
Blanca Zorany Espejo Martínez	Coordinadora	FUNDEPRO-APE	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	N/A	N/A	N/A
Colaborador que elabora el acta:	Yuly Alexandra Russi Barrera - Equipo apoyo a la supervisión ICBF.		

Fecha de aplicación (dd/mm/aaaa)	22/04/2025	Ciclo de entrevistas	2 Ciclo	Código EC	50-183-569	% Cumplimiento	100,00%

Datos de la entidad contratista

Regional	Entidad contratista	NIT Entidad Contratista
Meta	Fundación para el progreso de la Orinoquia - FUNDEPRO	822002132-5

Nombre Representante Legal EC	Nombre de la sede de atención	
Martha Mejia De Romero	0	
Dirección de la sede de atención	Municipio	Centro Zonal
Carrera 24 No. 37C-04/24 Barrio Villa Julia	Villavicencio	Villavicencio 2

Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico
0	3115892673	fundeproapoyopsicologico@gmail.com

Datos del contrato

Subdirección	Modalidad	Jornada de atención	Población que atiende	Tipo de discapacidad
SRD	Apoyo psicológico especializado	0	Con PARD	0

No. Contrato	Cupos contratados	Fecha SECOP aprobación de la póliza	Fecha de inicio del contrato	Fecha de finalización del contrato
5000-666-2024	216	30/12/2024	30/12/2024	30/06/2025

Valor del contrato	Nombre del Supervisor del Contrato	Cargo del supervisor del contrato
$ 450.461.736	Rowiy Enrique de la Cruz	Profesional especializado Grupo de asistencia técnica

OBSERVACIONES	Cumplimiento

I. GUÍA DE ORIENTACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE SITUACIONES DE RIESGO DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, EN LAS MODALIDADES Y SERVICIO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS – Niños, niñas o adolescentes — Cumple

Entrevistado 1	Entrevistado 2	Entrevistado 3	Entrevistado 4	Entrevistado 5	Entrevistado 6	Entrevistado 7	Entrevistado 8	Entrevistado 9	Entrevistado 10
Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple

II. GUÍA DE ORIENTACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE SITUACIONES DE RIESGO DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, EN LAS MODALIDADES Y SERVICIO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS - Operador — Cumple

Entrevistado 1	Entrevistado 2	Entrevistado 3	Entrevistado 4	Entrevistado 5	Entrevistado 6	Entrevistado 7	Entrevistado 8	Entrevistado 9	Entrevistado 10
Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

PROFESIONALES DEL ICBF QUE REALIZAN LAS ENTREVISTAS			
1. Nombre	YULY ALEXANDRA RUSSI BARRERA	**2. Nombre**	
CC	1121846630	**CC**	
Profesión	PSICOLOGA-EQUIPO DE APOYO A LA SUPERVISION	**Profesión**	
Teléfono	3142860039	**Teléfono**	
Firma		**Firma**	
3. Nombre		**4. Nombre**	
CC		**CC**	
Profesión		**Profesión**	
Teléfono		**Teléfono**	
Firma		**Firma**	

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Fecha de la visita (dd/mm/aaaa)	22/04/2025	Número de visita	2 Visita	Código EC	50-183-569	% Cumplimiento Global	75,07%

Datos de la entidad contratista

Regional	Entidad contratista	NIT Entidad Contratista
Meta	Fundación para el progreso de la Orinoquia - FUNDEPRO	822002132-5

Nombre Representante Legal EC	Nombre de la sede de atención	
Martha Mejia De Romero	0	
Dirección de la sede de atención	Municipio	Centro Zonal
Carrera 24 No. 37C-04/24 Barrio Villa Julia	Villavicencio	Villavicencio 2

Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico
0	3115892673	fundeproapoyopsicologico@gmail.com

Datos del contrato

Subdirección	Modalidad	Jornada de atención	Población que atiende	Tipo de discapacidad
SRD	Apoyo psicológico especializado	0	Con PARD	0

No. Contrato	Cupos contratados	Fecha SECOP aprobación de la póliza	Fecha de inicio del contrato	Fecha de finalización del contrato
5000-666-2024	216	30/12/2024	30/12/2024	30/06/2025

Valor del contrato	Nombre del Supervisor del Contrato	Cargo del supervisor del contrato
$ 450.461.736	Rowiy Enrique de la Cruz	Profesional especializado Grupo de asistencia técnica

OBLIGACIONES ESPECIFICAS: COMPONENTE TÉCNICO

1. Anexo de la historia de atención	No cumple obligación

				Observación variable
1.1 Documentos del anexo de la historia de atención	Criterio a	Cumple	No cumple variable	Criterio m, En el anexo de historia de atención de la usuaria N.S.R.M, con fecha de ingreso 08/01/2025, se evidencia que el plan de trabajo es elaborado el día 10/02/2025 donde se aprecia que se encuentra posterior a los tiempos comprendidos, así mismo para la usuaria D.I.D.A con fecha de ingreso del 10/01/2025 con elaboración de plan de trabajo en 25/02/2025 siendo este posterior al tiempo establecido. Criterio L, En el anexo de historia de atención de la usuaria N.S.R.M, con fecha de ingreso 08/01/2025 se evidencia registro de atención con fecha de elaboración del 07/01/2025 no siendo este la fecha de ingreso Criterio g, En el caso del usuario D.J.G.M, no cuenta con seguimiento en proceso de salud, debido que el 03/02/2025 en ateción con medicina general se realiza remisión a pediatria para confirmación del diagnóstico en autismo, que es el motivo de ingreso.
	Criterio b	Cumple		
	Criterio c	Cumple		
	Criterio d	Cumple		
	Criterio e	Cumple		
	Criterio f	Cumple		
	Criterio g	No Cumple		
	Criterio h	Cumple		
	Criterio i	Cumple		
	Criterio j	Cumple		
	Criterio k	Cumple		
	Criterio l	No Cumple		

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	Criterio m	No Cumple		
1.2 Archivo del anexo de la historia de atención	Criterio a	Cumple	Cumple variable	**Observación variable**
	Criterio b	Cumple		
	Criterio c	Cumple		
	Criterio d	Cumple		
	Criterio e	Cumple		
	Criterio f	Cumple		
	Criterio g	Cumple		
1.3 Valoración inicial	Criterio a	Cumple	Cumple variable	**Observación variable**
	Criterio b	Cumple		Se orienta para que loa proceso de atenion y valoracion inicial este consignado con el tiempo adecuado
	Criterio c	Cumple		
	Variable no aplica			
1.4 Atención en salud	Criterio a	Cumple		**Observación variable**
	Criterio b	Cumple	No cumple variable	En la niña DSDA, se evidencia que en el proceso de atencion de la psicologa, la profesional expone lo siguiente recomienda a la familia "llevar a la niña a las terapias ocupacionales, refiere que ya saco la cita quedando para el 4 de marzo de 2025 y se recalca continuar con atencion psicologica" , sin embargo en la carpeta no se evidencia estos documentos ni los relacionan. Criterio g, En el caso del usuario D.J.G.M, no cuenta con seguimiento en proceso de salud, debido que el 03/02/2025 en ateción con medicina general se realiza remisión a pediatria para confirmación del diagnóstico en autismo, que es el motivo de ingreso.
	Criterio c	Cumple		
	Criterio d	No Cumple		
	Variable no aplica			

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

1.5 Atención psicológica	Criterio a	Cumple	No cumple variable	**Observación variable**
	Criterio b	No Cumple		En algunas historias de atencion no se observa que se trabaja apartir de las particularidad del motivo de ingreso, tambien se evidencia objetivos generales en los seguimientos que realizan el primer mes, en donde se obseva que la valoración de ingreso es repetitiva, se observa no remotan los avances, resultados y/o recomendaciones en los seguimientos En el usuario N.S.M.D el proceso de atención no es deacuerdo al proceso del motivo de ingreso
	Criterio c	Cumple		
	Criterio d	Cumple		
	Criterio e	Cumple		
	Criterio f	Cumple		
	Criterio g	Cumple		
	Criterio h	Cumple		
	Variable no aplica			

2. Vinculación de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS y al Sistema de Educación Formal				**Cumple obligación**
2.1 Vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS	Utilice la lista desplegable de la celda amarilla para validar si la variable se cumple o no se cumple		**Cumple variable**	**Observación variable**
2.2 Vinculación al Sistema de Educación Formal	Utilice la lista desplegable de la celda amarilla para validar si la variable se cumple o no se cumple		**Cumple variable**	**Observación variable**

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

3. Vinculación de la familia y/o red vincular de apoyo en el proceso de atención				Cumple obligación
3. Vinculación de la familia y/o red vincular de apoyo en el proceso de atención	Criterio a	Cumple	Cumple variable	Observación variable
	Criterio b	Cumple		
	Criterio c	Cumple		
	Criterio d	Cumple		
	Criterio e	Cumple		
	Variable no aplica			

4. Control de riesgo relacionados con medicamentos, objetos cortopunzantes, armas de fuego, sustancias psicoactivas y demás materiales con lo que se pueda atentar contra la integridad personal				Obligación no aplica
4.1 Prevención de accidentes	Criterio a	Cumple	Variable no aplica	Observación variable
	Criterio b	Cumple		
	Criterio c	Cumple		
	Criterio d	Cumple		
	Variable no aplica	X		

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

OBLIGACIONES ESPECIFICAS: COMPONENTE ADMINISTRATIVO					
5. Condiciones locativas y de infraestructura					**Cumple obligación**
5. Condiciones locativas y de infraestructura	Criterio a	Cumple	**Cumple variable**	**Observación variable**	
	Criterio b	Cumple			
	Criterio c	Cumple			
	Criterio d	Cumple			
	Criterio e	Cumple			
	Criterio f	Cumple			
	Criterio g	Cumple			
	Criterio h	Cumple			
6. Talento humano					**Cumple obligación**
6. Talento humano	Criterio a	Cumple	**Cumple variable**	**Observación variable**	
	Criterio b	Cumple			
	Criterio c	Cumple			
	Criterio d	Cumple			
	Criterio e	Cumple			
	Criterio f	Cumple			
	Criterio g	Cumple			
	Criterio h	Cumple			
	Criterio i	Cumple			
	Criterio j	Cumple			

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

OBLIGACIONES ESPECIFICAS: COMPONENTE FINANCIERO				
7. Estructurar la información financiera de acuerdo con el Plan Único de Cuentas				**Cumple obligación**
7. Estructurar la información financiera de acuerdo con el Plan Único de Cuentas	Criterio a	Cumple	**Cumple variable**	**Observación variable**
	Criterio b	Cumple		
	Criterio c	Cumple		
	Criterio d	Cumple		
	Criterio e	Cumple		
8. Verificación de la ejecución del recurso de forma mensual, acorde con lo establecido en el manual operativo y sus respectivos clasificadores de costo				**Cumple obligación**
8. Verificación de la ejecución del recurso de forma mensual, acorde con lo establecido en el manual operativo y sus respectivos clasificadores de costo	Criterio a	Cumple	**Cumple variable**	**Observación variable**
	Criterio b	Cumple		
	Criterio c	Cumple		
	Criterio d	Cumple		
	Criterio e	Cumple		
	Criterio f	Cumple		
	Criterio g	Cumple		
	Criterio h	Cumple		
	Criterio i	Cumple		
	Criterio j	Cumple		
	Criterio k	Cumple		
	Criterio l	Cumple		
	Criterio m	Cumple		

9. Llevar la contabilidad por centro de costos				Cumple obligación
9. Llevar la contabilidad por centro de costos	Criterio a	Cumple	Cumple variable	Observación variable
	Criterio b	Cumple		
	Criterio c	Cumple		
	Criterio d	Cumple		
	Criterio e	Cumple		
	Criterio f	Cumple		

CONCEPTO INTEGRAL DE LOS PROFESIONALES DEL ICBF QUE REALIZAN LA VISITA DE SUPERVISIÓN	
Elabore un concepto sobre los resultados de la visita que integre las fortalezas, debilidades y alertas identificadas (no relacione nuevamente las obligaciones incumplidas)	
Fortalezas	**Se evidencia organización, disposición y presentación de los estados finacieros, informes y soportes solicitados, con registros adecuados en los tiempos establecidos.** **Se evidencia adecuado manejo de la información garantizando la confidecialidad de las historias de atención.** **Adecuada disposición del equipo de trabajo ante sugerencias e indicaciones a implementar** **Las usuarias en las entrevistas manifiestan relacion de empatia y confianza con el equipo de profesionales que favorece su proceso de afrontamiento resignificacion**
Debilidades	**Se observa y recomienda retomar los diagnosticos de los NNAJ en los procesos de atencion** **Las atenciones y los objetivos deben ser enfocados sobre lo que requerie la Guia Operativa del Servicio Complementario Apoyo Psicologico Especializado** **En los formatos y planillas de observacion deben quedar las reprogramaciones u observaciones** **Se debe hacer lectura e integrar a la practica profesionals las Guias, lineamientos y el modelo al proceso de atencion e hitos**
Riesgos	**No se evidencias riesgos posibles en la unidad de servicio**

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

OBSERVACIONES DE LOS RESPONSABLES DE LA ENTIDAD CONTRATISTA QUE RECIBEN LA VISITA DE SUPERVISIÓN
El equipo de supervisión socializa la información a revisar, realizan las observaciones correspondientes a las items supervisados a las historias de atención, se hace con el equipo de Talento Humano, y se dejan los compromisos para mejorar.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

RESPONSABLES DE LA ENTIDAD CONTRATISTA QUE RECIBEN LA VISITA DE SUPERVISIÓN			
1. Nombre	BLANCA ZORANY ESPEJO MARTINEZ	2. Nombre	KAREN DAYANA ORTIZ GONZALEZ
CC	40327677	CC	1006782612
Cargo	COORDINADORA	Cargo	AUXILIAR ADMINISTRATIVA
Teléfono	3115892673	Teléfono	3133196737
Firma		Firma	
3. Nombre	LEIDY MARCELA MOLINA PARRA	4. Nombre	LEIDY VIVIANA GARCIA REY
CC	1121864435	CC	1121907038
Cargo	CONTADORA	Cargo	PSICOLOGA
Teléfono	3144675963	Teléfono	3137426775
Firma		Firma	
PROFESIONALES DEL ICBF QUE REALIZAN LA VISITA DE SUPERVISIÓN			
1. Nombre	CLAUDIA NATALIA POSADA PEÑALOZA	2. Nombre	VIRNA ESCOBAR MARTINEZ
CC	1121886058	CC	40441569
Profesión	ADMINISTRADORA DE EMPRESAS	Profesión	PSICOLOGA / EQUIPO APOYO A LA SUPERVISIÓN/GAT
Teléfono	3187156746	Teléfono	3124859059
Firma		Firma	
3. Nombre	YULY ALEXANDRA RUSSI BARRERA	4. Nombre	YESSICA PAOLA CORDOBA REYES
CC	1121846630	CC	1121947425
Profesión	PSICOLOGA/ EQUIPO APOYO A SUPERVISION / GAT	Profesión	LIC. PEDAGOGIA/ EQUIPO APOYO A SUPERVISION / GAT
Teléfono	3142860039	Teléfono	3209806302
Firma		Firma	
5. Nombre	ROWIG ENRIQUE DE LA CRUZ DE LA HOZ	6. Nombre	
CC	1234639190	CC	
Profesión	SUPERVISORA DE CONTRATO/GAT	Profesión	
Teléfono	3228829361	Teléfono	
Firma		Firma	

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO
DE LA ORINOQUIA
NIT. 822.002.132 - 5

CERTIFICACION CUMPLIMIENTO ARTICULO 50 DE LEY 780 DE 2002

CERTIFICA:

La suscrita a saber **MARTHA MEJIA DE ROMERO,** identificada con Cedula de Ciudadanía No. 21.232.354 expedida en Villavicencio, actuando en mi condición Representante Legal de la persona jurídica denominada **FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"** con NIT. **822.002.132-5** y **ROBINSON ESPITIA MOYA**, identificado con cédula de ciudadanía No. **86.067.609** de Villavicencio, y con Tarjeta Profesional No. **111.113-T** de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Revisor Fiscal.

Certifican que la empresa ha cumplido durante los últimos seis meses, con los pagos al sistema de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos profesionales) y con los aportes parafiscales correspondientes a las personas contratadas y los contratistas vinculados, por tanto certifico que han cumplido a la fecha de la entrega de la presente certificación, con los pagos al sistema de Seguridad Social Salud, Pensiones, Administradora de Riesgos Laborales, por lo que declaro que se encuentran a PAZ Y SALVO con las empresas Promotoras de Salud IPS, Fondo de Pensiones, Administradoras de Riesgos Laborales ARL, Cajas de Compensación Familiar, Instituto de Colombiano de Bienestar Familiar y SENA.

La presente certificación se expide en Villavicencio a los Ocho (08) días del Mes de Mayo de Dos mil veinticinco (2.025), con destino al **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR- REGIONAL META.**

MARTHA MEJIA DE ROMERO
C.C 21.232.354 de Villavicencio
Representante Legal
FUNDEPRO

ROBINSON ESPITIA MOYA
C.C 86.067.609 de Villavicencio
Revisor Fiscal
T.P 111.113-T

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA
IDENTIFICACIÓN:	NI-822002132
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	06
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	APE VILLAVICENCIO
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-04-29
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-05-09
FECHA DE PAGO:	2025-04-29
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERÍODO PENSIÓN:	2025-04
PERÍODO SALUD:	2025-05
NÚMERO PLANILLA:	33136255
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33136255
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.700	$ 200.700
Subtotal Salud		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.700	$ 200.700
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.800	$ 256.800
Subtotal Pensión		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.800	$ 256.800
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.400	$ 8.400
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.400	$ 8.400
CCF34	892000146	COFREM	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 64.200	$ 64.200
Subtotal CCF		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 64.200	$ 64.200
PASENA	899999034	SENA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 32.100	$ 32.100
PAICBF	899999239	ICBF	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 48.200	$ 48.200
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 610.400	$ 610.400

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/06/2025

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 822002132	5	FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA	B	06	ARL SURA - 14-11	SUCURSAL	8560	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
85-1	TV 26 39 C 25		6833818			FUNDEPRO.CONTABILIDAD.2018@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-04	2025-05	33136255	E	2025-04-29	TODOS LOS CENTROS	META	VILLAVICENCIO	610.400	0	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	33136255	2025-05-09	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Col.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 1006782612	ORTIZ GONZALEZ KAREN DAYANA	1.605.000	F																0			30	30	30	30	PROTECCION 230201	1.605.000	256.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	1.605.000	200.700	COFREM-CCF34	1.605.000	64.200	1.605.000	8.400	0,00522	1.605.000	32.100	48.200	0	0	01	0	610.400	N	1829901

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 822002132	5	FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA	B	06	ARL SURA - 14-11	SUCURSAL	8560	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
85-1	TV 26 39 C 25		6833818			FUNDEPRO.CONTABILIDAD.2018@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-04	2025-05	33136255	E	2025-04-29	TODOS LOS CENTROS	META	VILLAVICENCIO	610.400	0	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	33136255	2025-05-09	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.605.000	1.605.000	1.605.000	1.605.000	1.605.000

RESUMEN DE PAGO								
SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	256.800	0	0	256.800
PROTECCION	230201	800229739	0	1	256.800	0	0	256.800
EPS(Administradoras: 1)				1	200.700	0	0	200.700
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	EPS041	900156264	2	1	200.700	0	0	200.700
ARP(Administradoras: 1)				1	8.400	0	0	8.400
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	8.400	0	0	8.400
CCF(Administradoras: 1)				1	64.200	0	0	64.200
COFREM	CCF34	892000146	3	1	64.200	0	0	64.200
SENA(Administradoras: 1)				1	32.100	0	0	32.100

RESUMEN DE PAGO								
SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
SENA	PASENA	899999034	1	1	32.100	0	0	32.100
ICBF(Administradoras: 1)				1	48.200	0	0	48.200
ICBF	PAICBF	899999239	2	1	48.200	0	0	48.200
Gran Total					610.400	0	0	610.400

PAGOS s.a.
PAGADO

Válido para Fundepro NIT: 822.002.132-5

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:
845E7462B4F586F9

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 ROBINSON ESPITIA MOYA identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 86067609 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 111113-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **

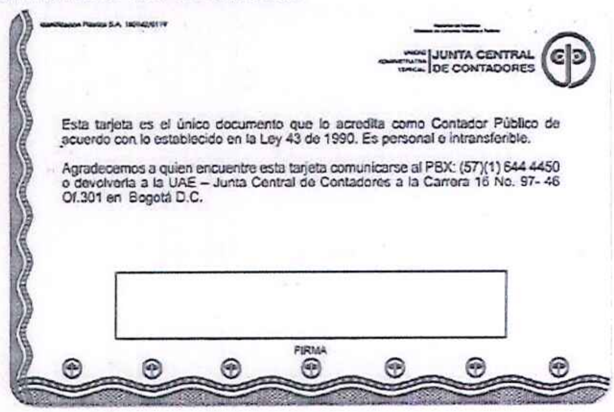
Dado en BOGOTA a los 3 dias del mes de Marzo de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

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





Válido para Fundepro NIT: 822.002.132-5





UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

6 9 6 D 9 C D E 4 C F A 5 4 F 6

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 **LEIDY MARCELA MOLINA PARRA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1121864435 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 219076-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 3 días del mes de Abril de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

Sandra M. Barrios

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

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

219076-T



LEIDY MARCELA
MOLINA PARRA
C.C. 1121864435
RESOLUCION INSCRIPCION 810 **FECHA 02/09/2016**
UNIVERSIDAD CORP. UNIV. AUTONOMA DE NARIÑO

DIRECTOR GENERAL

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA 234267

222496

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.ideas.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.864.435

MOLINA PARRA
APELLIDOS

LEIDY MARCELA
NOMBRES



FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-MAY-1990
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

04-JUN-2008 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-5200100-00828955-F-1121864435-20160518 0049821629A 1 6723919690

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO
DE LA ORINOQUIA
NIT. 822.002.132 - 5

Villavicencio, 08 de Mayo de 2025

Doctor:
ROWIG ENRIQUE DE LA CRUZ DE LA HOZ
SUPERVISOR
Centro Zonal Meta
ICBF Regional Meta
Diagonal 9 N° 8 – 85 Luis María Jiménez
Tel. 635 45 21

CERTIFICACIÓN TALENTO HUMANO

La **Fundación para el Progreso de la Orinoquia – FUNDEPRO** con Nit. **822.002.132- 5**, hace constar que el talento humano contratado para la prestación del servicio cumple con el perfil, cumple con el tiempo de dedicación y los requisitos exigidos en los lineamientos para el servicio complementario durante el **Mes de Abril de 2025** del contrato **5000-666-2024 de 2024** con el ICBF para el servicio de Apoyo Psicológico Especializado.

CEDULA	FUNCIONARIO	CARGO	CANTIDAD	PERFIL
40.327.677	Blanca Zorany Espejo Martínez	Coordinadora	1	Profesional con título Otorgado por una institución universitaria legalmente reconocida en Colombia.
1.121.939.337	Jazmín Liseth Trochez Traslaviña	Psicólogos	6	Profesional en psicología, con especialización en cualquier área de la psicología que se relacione con la atención a población con problemáticas que generen vulneración de derechos, la especialización puede ser homologada por una experiencia profesional igual o mayor a dos (2) años de atención a niños, niñas y adolescentes.
1.121.938.122	Laura María Gómez Neira			
1.120.499.089	Diana María Posada Aguilera			

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO
DE LA ORINOQUIA
NIT. 822.002.132 - 5

1.022.401.893	Astrid Carolina Rojas Quevedo			
1.121.907.038	Leidy Viviana García Rey			
1.122.652.267	Yesica Zuleyma Rodríguez Martínez			
1.006.782.612	Karen Dayana Ortiz González	Auxiliar Administrativo	1	Formación en Bachiller y experiencia relacionada con área administrativa.
86.053.020	José Fernando Palacio Novoa	Auxiliar de Archivo	1	Formación en Bachiller y experiencia relacionada con área administrativa.
21.182.512	Francy Arelix Castilla Arias	Auxiliar Servicios Generales	1	Formación en Bachiller y experiencia relacionada
1.121.864.435	Leidy Marcela Molina Parra	Contadora	1	Formación profesional, TP, especialista y experiencia relacionada
1.121.946.044	Yenny Marcela Fuentes Torres	Auxiliar contable	1	Formación profesional y experiencia relacionada

Cordialmente,

MARTHA MEJIA DE ROMERO
C.C 21.232.354 de Villavicencio
Representante Legal
FUNDEPRO

ROBINSON ESPITIA MOYA
C.C 86.067.609 de Villavicencio
Revisor Fiscal
T.P. 111.113-T

FUNDEPRO

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO
DE LA ORINOQUIA
NIT. 822.002.132 - 5

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE TALENTO HUMANO

Villavicencio, 08 de Mayo de 2025

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Meta
Ciudad

Yo, **ROBINSON ESPITIA MOYA**, identificado con cédula de ciudadanía No. **86.067.609** de Villavicencio, y con Tarjeta Profesional No. **111.113-T** de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Revisor Fiscal de la **FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"** identificada con NIT. **822.002.132-5**, su dirección Sede Principal es la Transversal 26 # 39 C 25 Barrio Emporio, manifiesto bajo gravedad de juramento que ésta entidad se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto con sus empleados en cuanto a sus obligaciones de carácter laboral como: Aportes parafiscales, aportes con el sistema de seguridad social integral, pago de Sueldos y Honorarios en los tiempos establecidos, el suministro de elementos necesarios para el adecuado cumplimiento de sus labores, adicional no se reconocieron viáticos y gastos de viaje durante el **Mes de Abril de 2025**, a través del **Contrato de Aporte No. 5000-666-2024 de 2024** , suscrito entre el ICBF- Regional META y la Fundación Para el Progreso de la Orinoquia "FUNDEPRO", de acuerdo con los términos de pago y las políticas internas de la Fundación.

La presente certificación se expide en Villavicencio a los Ocho (08) días del Mes de Mayo de Dos mil veinticinco (2.025), con destino al **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR- REGIONAL META.**

MARTHA MEJIA DE ROMERO
C.C 21.232.354 de Villavicencio
Representante Legal
FUNDEPRO

ROBINSON ESPITIA MOYA
C.C 86.067.609 de Villavicencio
Revisor Fiscal
T.P 111.113-T

FUNDACIÓN PARA EL PROGRESO
DE LA ORINOQUIA
NIT. 822.002.132 - 5

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO DE TALENTO HUMANO

Villavicencio, 08 de Mayo de 2025

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional META
Ciudad

Yo, **ROBINSON ESPITIA MOYA**, identificado con cédula de ciudadanía No. **86.067.609** de Villavicencio, y con Tarjeta Profesional No. **111.113-T** de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Revisor Fiscal Y **LEIDY MARCELA MOLINA PARRA**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.121.864.435** de Villavicencio, con Tarjeta Profesional No. **219.076-T** de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Contador Público Titulado de la **FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA "FUNDEPRO"** identificada con NIT. 822.002.132-5, su dirección Sede Villavicencio es la Carrera 24 # 37 C 04 Barrio Villa Julia, CERTIFICA que, durante el **Mes de Abril de 2025**, a través del contrato de aporte No. **5000-666-2024**, se tuvo el siguiente talento humano para la Modalidad Apoyo psicológico especializado.

APOYO PSICOLÓGICO ESPECIALIZADO							
CONTRATO 5000-666-2024							
NOMBRE	CEDULA	CARGO	TIEMPO DE DEDICACION	SALARIO APROBADO	SALARIO DIARIO	SALARIO HORA	VALOR A PAGAR X DIAS TRABAJADOS
KAREN DAYANA ORTIZ GONZALEZ	1.006.782.612	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	COMPLETO	$ 1.605.000	$ 53.500	$ 6.688	$ 1.605.000

La presente certificación se expide en Villavicencio a los Ocho (08) días del Mes de Mayo de Dos mil veinticinco (2.025), con destino al **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR- REGIONAL META.**

LEIDY MARCELA MOLINA PARRA
C.C 1.121.864.435 de Villavicencio
Contadora Pública
T.P 219.076-T

ROBINSON ESPITIA MOYA
C.C 86.067.609 de Villavicencio
Revisor Fiscal
T.P 111.113-T

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	40327677	BLANCA ZORANY ESPEJO MARTINEZ	cra 44 sur N. 16a-10	6692265	mzorany@yahoo.es	
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	
2025-04	2025-04	I	30/04/2025	86180733	$521.800	

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	224.700	0		0		0	0	0	0	224.700	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	287.700	0	0	0	0	0	0		287.700	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.400				9.400	0	0	9.400			94	9.400	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	1	224.700	224.700
Pensión	1	287.700	287.700
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	521.800	521.800

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	40327677	BLANCA ZORANY ESPEJO MARTINEZ		cra 44 sur N. 16a-10	6692265	mzorany@yahoo.es	
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	
2025-04	2025-04	I	30/04/2025	86180733	$521.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	40327677	ESPEJO MARTINEZ BLANCA ZORANY	59	0			N																	230301	1.797.600	287.700	0	0	0	0	EPS037	1.797.600	224.700	14-11	1.797.600	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

RAZÓN SOCIAL :	FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA
IDENTIFICACIÓN:	NI-822002132
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	06
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	APE VILLAVICENCIO
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-04-29
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-05-09
FECHA DE PAGO:	2025-04-29
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERÍODO PENSIÓN:	2025-04
PERÍODO SALUD:	2025-05
NÚMERO PLANILLA:	33136255
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33136255
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.700	$ 200.700
Subtotal Salud		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.700	$ 200.700
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.800	$ 256.800
Subtotal Pensión		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.800	$ 256.800
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.400	$ 8.400
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.400	$ 8.400
CCF34	892000146	COFREM	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 64.200	$ 64.200
Subtotal CCF		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 64.200	$ 64.200
PASENA	899999034	SENA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 32.100	$ 32.100
PAICBF	899999239	ICBF	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 48.200	$ 48.200
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 610.400	$ 610.400

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/06/2025

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 822002132	5	FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA	B	06	ARL SURA - 14-11	SUCURSAL	8560	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
85-1	TV 26 39 C 25		6833818			FUNDEPRO.CONTABILIDAD.2018@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-04	2025-05	33136255	E	2025-04-29	TODOS LOS CENTROS	META	VILLAVICENCIO	610.400	0	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	33136255	2025-05-09	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES															DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.					
1	CC 1006782612	ORTIZ GONZALEZ KAREN DAYANA	1.605.000	F																0			30	30	30	30	PROTECCION -230201	1.605.000	256.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	1.605.000	200.700	COFREM-CCF34	1.605.000	64.200	1.605.000	8.400	0,00522	1.605.000	32.100	48.200	0	0	0	01	0	610.400	N	1829901

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 822002132	5	FUNDACION PARA EL PROGRESO DE LA ORINOQUIA	B	06	ARL SURA - 14-11	SUCURSAL	8560	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
85-1	TV 26 39 C 25		6833818			FUNDEPRO.CONTABILIDAD.2018@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-04	2025-05	33136255	E	2025-04-29	TODOS LOS CENTROS	META	VILLAVICENCIO	610.400	0	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	33136255	2025-05-09	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.605.000	1.605.000	1.605.000	1.605.000	1.605.000

RESUMEN DE PAGO								
SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	256.800	0	0	256.800
PROTECCION	230201	800229739	0	1	256.800	0	0	256.800
EPS(Administradoras: 1)				1	200.700	0	0	200.700
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	EPS041	900156264	2	1	200.700	0	0	200.700
ARP(Administradoras: 1)				1	8.400	0	0	8.400
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	8.400	0	0	8.400
CCF(Administradoras: 1)				1	64.200	0	0	64.200
COFREM	CCF34	892000146	3	1	64.200	0	0	64.200
SENA(Administradoras: 1)				1	32.100	0	0	32.100

RESUMEN DE PAGO								
SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
SENA	PASENA	899999034	1	1	32.100	0	0	32.100
ICBF(Administradoras: 1)				1	48.200	0	0	48.200
ICBF	PAICBF	899999239	2	1	48.200	0	0	48.200
Gran Total					610.400	0	0	610.400

ASOPAGOS s.a.
PAGADO

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	1121864435	LEIDY MARCELA MOLINA PARRA	CL 37 C # 20A 51	6833818	lei.mar1405@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	30/04/2025	85749823	$1.344.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	567.300	0		0		0	0	0	0	567.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	726.100	0	0	0	0	0	0		726.100	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	23.700				23.700	0	0	23.700			237	23.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Cofrem	892000146-3	27.300	0	0	27.300	1

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	567.300	567.300
Pensión	1	726.100	726.100
Riesgos Laborales	1	23.700	23.700
CCF	1	27.300	27.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.344.400	1.344.400

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	1121864435	LEIDY MARCELA MOLINA PARRA		CL 37 C # 20A 51	6833818	lei.mar1405@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	
2025-04	2025-04	I	30/04/2025	85749823	$1.344.400	

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	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1121864435	MOLINA PARRA LEIDY MARCELA	59	0			N																	25-14	4.537.785	726.100	0	0	0	0	EPS005	4.537.785	567.300	14-11	4.537.785	1	23.700	CCF34	4.537.785	27.300	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	86053020	JOSE FERNANDO PALACIO NOVOA	CARRERA 44 N. 16A - 48	6692265	mzorany@yahoo.es	
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	
2025-04	2025-04	I	30/04/2025	85755806	$413.300	

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	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	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	86053020	JOSE FERNANDO PALACIO NOVOA		CARRERA 44 N. 16A - 48	6692265	mzorany@yahoo.es	
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	
2025-04	2025-04	I	30/04/2025	85755806	$413.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	86053020	PALACIO NOVOA JOSE FERNANDO	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500		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	1121946044	YENNY MARCELA FUENTES TORRES	CLL 14 C # 25-44	6833818	yenny.fuentes@unillanos.edu.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	
2025-04	2025-04	I	30/04/2025	85755618	$749.200	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	322.700	0		0		0	0	0	0	322.700	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	413.000	0	0	0	0	0	0		413.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	13.500				13.500	0	0	13.500			135	13.500	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	322.700	322.700
Pensión	1	413.000	413.000
Riesgos Laborales	1	13.500	13.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	749.200	749.200

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
CC	1121946044	YENNY MARCELA FUENTES TORRES		CLL 14 C # 25-44	6833818	yenny.fuentes@unillanos.edu.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-04	2025-04	I	30/04/2025	85755618	$749.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1121946044	FUENTES TORRES YENNY MARCELA	59	0			N																	230301	2.581.213	413.000	0	0	0	0	EPS002	2.581.213	322.700	14-11	2.581.213	1	13.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-30, 03:53:10 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1071566257

Periodo Cotización: abril de 2025 **Periodo Servicio:** abril de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8810656508

PAGADO 30/04/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FRANCY ARELIX CASTILLA ARIAS		
Documento	CC21182512	**Dirección**	CR 7A #8 - 61 AMARILO TORRE 6 APTO 602
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6833818
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	VILLAVICENCIO	**Departamento**	META
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

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 APP	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 21182512	FRANCY ARELIX CASTILLA ARIAS	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	0,522	$ 1.423.500	$ 7.500	(NIN-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.

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 1121939337		TROCHEZ TRASLAVIÑA JAZMIN LISETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 38c sur 8704	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3228582297	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1408978659	9484628695	I	2025/05/12	2025/04/14	BANCO CAJA SOCIAL	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	1121939337	TROCHEZ JAZMIN	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

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 1121939337		TROCHEZ TRASLAVIÑA JAZMIN LISETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 38c sur 8704	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3228582297	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1408978659	9484628695	I	2025/05/12	2025/04/14	BANCO CAJA SOCIAL	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
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	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

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 1122652267		RODRIGUEZ MARTINEZ YESICA ZULEYMA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 9 SUR N 24-24 LA ROSITA	VILLAVICENCIO-META	3111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1378923380	9483909137	I	2025/05/16	2025/04/01	BANCO AV VILLAS	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1122652267	RODRIGUEZ MARTINEZ YESICA ZULEYMA	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$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	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
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	$178,000	$0	$0	$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$413,300**	**$0**	**$0**	**$413,300**

2025/04/01 02:25 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022401893		ROJAS QUEVEDO ASTRID CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 5a #15-32	VILLAVICENCIO-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1377473649	9483849545	I	2025/05/22	2025/04/01	BANCO CAJA SOCIAL	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Días	Aporte	Codigo	Días	Tarifa	Aporte	Días	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1022401893	ROJAS ASTRID																		231001	30	$227,800	EPS002	30	$178,000		0	$0	14-11	30	0.522	$7,500	0	$0	No	$413,300
Total	**Afiliados(1)**																						$227,800			$178,000			$0				$7,500		$0		$413,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022401893		ROJAS QUEVEDO ASTRID CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 5a #15-32	VILLAVICENCIO-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1377473649	9483849545	I	2025/05/22	2025/04/01	BANCO CAJA SOCIAL	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$0	$0	$227,800
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	$178,000	$0	$0	$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$413,300**	**$0**	**$0**	**$413,300**

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 1121907038		GARCIA REY LEIDY VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 4 bis N 28 - 09 manz 39 casa 7a	VILLAVICENCIO-META	3137426775	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1377933924	9483804987	I	2025/05/12	2025/04/01	BANCOLOMBIA	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	1121907038 GARCIA LEIDY	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

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 1121907038		GARCIA REY LEIDY VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 4 bis N 28 - 09 manz 39 casa 7a	VILLAVICENCIO-META	3137426775	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1377933924	9483804987	I	2025/05/12	2025/04/01	BANCOLOMBIA	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
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	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

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 1121938122		GOMEZ NEIRA LAURA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 6 sur # 24 a 27	VILLAVICENCIO-META	6664611	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1387146333	9483678232	I	2025/05/08	2025/04/04	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC 1121938122	GOMEZ LAURA	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

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 1121938122		GOMEZ NEIRA LAURA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 6 sur # 24 a 27	VILLAVICENCIO-META	6664611	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1387146333	9483678232	I	2025/05/08	2025/04/04	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
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	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

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 1120499089		POSADA AGUILERA DIANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AK 4 SUR 35A 67	VILLAVICENCIO-META	3114573470	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1379091335	9483913430	I	2025/05/22	2025/04/01	NEQUI	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC 1120499089	POSADA DIANA	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0

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 1120499089		POSADA AGUILERA DIANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AK 4 SUR 35A 67	VILLAVICENCIO-META	3114573470	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1379091335	9483913430	I	2025/05/22	2025/04/01	NEQUI	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
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	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

Villavicencio, abril 30 de 2025

Anexo 1.4.5

CERTIFICACIÓN

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Meta

ASUNTO: Certificado del contrato **N°5000-666-2024** – Servicio "Apoyo Psicológico Especializado".

Yo, MARTHA MEJIA DE ROMERO, identificada con cédula de ciudadanía No. 21.232.354de Villavicencio, actuando como Representante de la Fundación Para El Progreso De La Orinoquia "FUNDEPRO" con identificación tributaria N°822.002.132-5, certifico que al suscribir el contrato N°5000-666-2024 Servicio "Apoyo Psicológico Especializado":

En el periodo comprendido del 01 al 30 de abril de 2025, en el Servicio complementario de Apoyo Psicológico Especializado, De parte del ICBF No se recibieron solicitudes referentes a los procesos de los usuarios para atender requerimientos ciudadanos, de entidades de control, control político, demandas, solicitudes de conciliación en acciones de medio de control, reparación directa y demás que se requieran, por situaciones de afectación a la vida e integridad de los usuarios.

La presente certificación se expide en Villavicencio a los Treinta (30) días del mes de abril de Dos mil veinticinco (2025), con destino al INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR- REGIONAL META.

En constancia firma:

MARTHA MEJIA DE ROMERO
cc 21.232.354
Representante Legal
FUNDEPRO