| Superintendencia de Notariado y Registro | MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA | Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 01 |
|---|---|---|
| | PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL | Versión: 2 |
| | PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR | Fecha: 24 - 01 - 2025 |

# FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: Día 22 | Mes 10 | Año 2025

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTRATISTA | CARMEN HELENA SEPULVEDA PLAZA | | | | | | |
| CEDULA DE CIUDADANIA No. | 50,945,899 | DE | MONTELIBANO | | | | |
| CÓDIGO ACTIVIDAD RUT | 000-0008211 | CELULAR | 3127143110 | | | | |
| E-MAIL PERSONAL | carheplaza@hotmail.com | | | | | | |
| E-MAIL INSTITUCIONAL | carmen.sepulveda@supernotariado.gov.co | | | | | | |
| BANCO | BANCOLOMBIA | No DE CUENTA | 96630635796 | C.A. | X | C.C. | |

CONTRATO ACTUAL: No 1224 DE Año 2025

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 20.603.520,00

HONORARIOS MENSUALES: $ 2.575.440,00

OBJETO DEL CONTRATO: El contratistadebera prestar por sus propios medios y con plena autonomia tecnica y administrativa, dentro del plazo acordado, los serivicios y/o actividades enunciadas a lo largo del presente contrato. Como contraprestacion recibira por parte del contratante unas sumas de dinero a titulo de honorarios.

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO: CORNELIO DAGOBERTO SOTELO CORREA

CARGO DEL SUPERVISOR: REGISTRADOR SECCIONAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| CDP No. | 44725 | CRP No. | 178525 |
| FECHA CDP | 19/02/2025 | FECHA CRP | 19/02/2025 |

FECHA APROBACIÓN POLIZA: Día 10 | Mes 03 | Año 2025

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD: MONTELIBANO

DEPARTAMENTO: CORDOBA

FECHA / FINALIZACIÓN CONTRATO: Día 12 | Mes 11 | Año 2025

FECHA DE INICIO DEL CONTRATO: Día 13 | Mes 03 | Año 2025

TOTAL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO: MESES 8 | DIAS

FECHA DE INICIO DE LA ADICION Y/O PRORROGA: Día | Mes | Año

ADICION Y/O PRORROGA No. 2

CDP No. | CRP No.

FECHA FINAL DE LA ADICION Y/O PRORROGA: Día | Mes | Año

MESES | DIAS | VALOR

VALOR A COBRAR: $ 2.575.440,00

ES FACTURADOR ELECTRÓNICO

No de factura

VALOR TOTAL # DE DIAS: $ 2.575.440,00

PERIODO DE PAGO

| | Día | Mes | Año | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL | 01 | 10 | 2025 | PAGO No. | No DÍAS | MES A COBRAR | |
| AL | 30 | 10 | 2025 | 08 | 30 | 100% | OCTUBRE |

ESTE DOC. DEBE GUARDARSE SIEMPRE COMO LIBRO DE EXCEL HABILITADO PARA MACROS



Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

Scanned with CamScanner

# FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

## 2. OBLIGACIÓN DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

| | Valor del Pago | Razon Social | Aporte |
|---|---|---|---|
| 1. COMPAÑÍA DE SALUD (EPS) | 178000 | SANITAS EPS | 12.5% |
| 2. FONDO DE PENSIÓN | 227800 | PROTECCION | 16% |
| 3. ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL) | 7500 | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS | 0.522% |

TOTAL A PAGAR $ 413.300 PLANILLA DE PAGO No. 90780227

## 2.1.1. RELACIÓN DE PAGOS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 20.603.520,00

| | | | VALOR PAGO ACUMULADO | SALDO POR PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| PAGO 01 | VALOR DEL PAGO | $ 1.545.264,00 | $ 1.545.264,00 | $ 19.058.256,00 |
| PAGO 02 | VALOR DEL PAGO | $ 2.575.440,00 | $ 4.120.704,00 | $ 16.482.816,00 |
| PAGO 03 | VALOR DEL PAGO | $ 2.575.440,00 | $ 6.696.144,00 | $ 13.907.376,00 |
| PAGO 04 | VALOR DEL PAGO | $ 2.575.440,00 | $ 9.271.584,00 | $ 11.331.936,00 |
| PAGO 05 | VALOR DEL PAGO | $ 2.575.440,00 | $ 11.847.024,00 | $ 8.756.496,00 |
| PAGO 06 | VALOR DEL PAGO | $ 2.575.440,00 | $ 14.422.464,00 | $ 6.181.056,00 |
| PAGO 07 | VALOR DEL PAGO | $ 2.575.440,00 | $ 16.997.904,00 | $ 3.605.616,00 |
| PAGO 08 | VALOR DEL PAGO | $ 2.575.440,00 | $ 19.573.344,00 | $ 1.030.176,00 |
| PAGO 09 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 10 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 11 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 12 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 13 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 14 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 15 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 16 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 17 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 18 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 19 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |
| PAGO 20 | VALOR DEL PAGO | | $ - | $ - |

| PERIODO DE PAGO | Día | Mes | Año | PAGO No. | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEL | 01 | 10 | 2025 | | OCTUBRE |
| AL | 30 | 10 | 2025 | 08 | OCTUBRE |




Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co



Scanned with CamScanner

# FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

## 3. INFORME DE SUPERVISIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

| OBLIGACIONES | EVIDENCIAS |
|---|---|
| 1, CONCRETAR PREVIO A INICIO DE DE CADA PERIODO MENSUAL CON LA COORDINACION DE GRUPO DE GESTIO DOCUMENTAL. 2, ASISTIR A LA SENSIBILIZACION Y CAPACITACIONES OFRECIDAS POR LA ENTIDAD DE LOS TEMAS RELACIONADOS CON EL OBJETIVO DEL CONTRATO. 3, APOYAR LAS ACTIVIDADES PARA LA CLASIFICACION, ORGANIZACION Y LEVANTAMIENTO DE INVENTARIOS DOCUMENTALES DE ARCHIVO DE ACUERDO CON EL CICLO VITAL DE COCUMENTO APLICANDO LAS TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL DE LA ENTIDAD. 4, ADELANTAR LOS PROCESOS DE SELECCION ORDENACION, IDENTIFICACION DE FONDOS ACUMULADOS DOCUMENTALES, PREPARACION DE INVENTARIOS PARA ELIMINACION DOCUMENTALES EN ARCHIVO DE GESTION Y CENTRAL DE ACUERDO A LOS PROCEDIMIENTOS ARCHIVISTICOS ESTABLECIDOS. 5, CUMPLIR CON LOS PLANES DE TRABAJO Y ENTREGA DE LOS PRODUCTOS ESTABLECIDOS. 6, PARTICIPAR DE SER REQUERIDO EN LAS REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO DEL GRUPO GESTION DOCUMENTAL Y COLABORAR EN LAS TAREAS ASIGNADAS. 7, REPORTAR OPORTINAMENTE LAS DIFICULTADES DE CUALQUIER OTRA SITUACION QUE GENERE LA INTERRUPCION DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS CONTRACTUALES. 8, CUIDAR Y PROTEGER IGUALDAD DE LA RESERVA DE LOS DOCUMENTOS QUE SE HAN MANIPULADO SELECCIONANDO BAJO LOS PRINCIPIOS DE ETICA PROFESIONAL. | 1, ATENDÍ LOS REQUERIMIENTOS DEL SUPERVISOR Y DEMAS MIEMBROS DE LA ORIP. 2, ESTOY REALIZANDO CONTABILIZACION MANUAL DEL ARCHIVO AÑO A AÑO. 3, ORDENÉ CUIDADOSAMENTE LOS TURNOS GENERADOS Y ASI EVITAR AGLOMERACION DE DOCUMENTOS EN LAS OFICINAS. 4, ASISTÍ A REUNIONES DE SENSIBILIZACION PROGRAMADAS EN LA OFICINA. 5. LLEVAR DIA A DIA LA RELACION DE RENTA. 5. BRINDÉ APOYO EN LA CAPCITACION DE NUEVO PERSONAL PARA LA OFICINA. 6 ATENDÍ REQUERIMIENTOS EN LA LINEA DE PRODUCCION. |

**NOTA: Si se requiere ampliar más las obligaciones con sus respectivas evidencias en los cuadros como texto o imágenes, favor colocarlas como anexos.**




**Superintendencia de Notariado y Registro**
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co



Scanned with CamScanner

| Superintendencia de Notariado y Registro | MACROPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA | Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 01 |
|---|---|---|
| | PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL | Versión: 2 |
| | PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR | Fecha: 24 - 01 - 2025 |

# FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

## 4. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA PAGO

Una vez verificado el desarrollo de las actividades asignadas para el presente período, se deja constancia que el (la) contratista **CARMEN HELENA SEPULVEDA PLAZA** identificado (a) con cedula de ciudadania No **50,945,899** de **MONTELIBANO** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **1224** de **2025** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

del CRP No. **178525** CDP No **44725**

Se autoriza el pago por la suma de : **$ 2.575.440,00**

**Valor en letras:** **DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS CON 00 CTVOS**

| PERIODO DE PAGO | | Día | Mes | Año | PAGO No. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | DEL | 01 | 10 | 2025 | | OCTUBRE |
| | AL | 30 | 10 | 2025 | 08 | OCTUBRE |

Para constancia se firma en **MONTELIBANO** a los **22** días del mes de **OCTUBRE** de **2025**

## SUPERVISOR

**Firma Supervisor**
CORNELIO DAGOBERTO SOTELO CORREA
REGISTRADOR SECCIONAL

## CONTRATISTA

**Firma Contratista**
CARMEN HELENA SEPULVEDA PLAZA
**Cedula de Ciudadania No**
50,945,899 **de** MONTELIBANO



**Superintendencia de Notariado y Registro**
Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201
Bogotá D.C., - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co
correspondencia@supernotariado.gov.co

Scanned with CamScanner

## FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2025

De acuerdo con la Ley 2277 de 2022, Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 2231 de 2023, Decreto 1625 de 2016, paragrafo 2 del articulo 383 del estatuto tributario, la retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria, me permito certificar **bajo la gravedad de juramento** que:

| DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA | SI | NO |
|---|---|---|
| **1.** OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO SOBRE LA RENTA. Durante el año 2024 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400. UVT. | X | |
| **2.** Soy responsable del impuesto sobre la renta. | X | |
| **3. Dependiente Económico:** parágrafo 2 del art 387 del Estatuto Tributario, adjuntando Certificado expedido por Contador Público, con soportes Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3, **cuando es el caso de hijos menores de 18 años, se debe adjuntar registro civil.** | | X |
| **4.** Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías. | | X |
| **5. AFC:** Realizo ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción. **Adjuntar pago mensual del ahorro realizado.** | | X |
| **6. Crédito de Vivienda**: Realizo pagos de crédito de vivienda, A**djuntar extracto bancario del crédito de vivienda de la vigencia correspondiente.** | | X |
| **7. Medicina prepagada:** Realizo pagos de medicina prepagada, A**djuntar certificación de esta incluyendo el valor pagado por la vigencia que corresponda.** | | X |
| **8.** Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, es necesario indicar si va a tomar costos y deducciones asociadas a las rentas de trabajo relacionadas a la presente cuenta de cobro si:<br>a. Marca (SI), se aplicara la tarifa de retención en la fuente del artículo 392 del E.T (entre el 10% y 11%).<br>b. Marca (NO), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 383 del E.T. de acuerdo con depuración de renta y UVT aplicable. | | X |
| **9.** Ha suscrito contratos durante el año 2025: por un valor igual o superior a 4000 UVT ($199.196.000) | | X |

**Nota:** Remitir los soportes a los que hay lugar únicamente para contratos cuyos honorarios superen los **$6.000.000 mensuales**.

En constancia de lo anterior, se firma a los 22 días del mes de OCTUBRE de 2025

Atentamente,

CARMEN HELENA SEPULVEDA PLAZA

CC 50.945.899



Scanned with CamScanner

| Superintendencia de Notariado y Registro | PROCESO: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL | Código: MP - GNFA - PO - 08 - PR - 05 - FR - 03 |
|---|---|---|
| | PROCEDIMIENTO: CUENTAS POR PAGAR | Versión: 01 |
| | FORMATO: CERTIFICACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL | Fecha: 17 – 01 - 2025 |

# CERTIFICACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL

Que el (la) señor(a) **CARMEN HELENA SEPULVEDA PLAZA**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. **50.945.899** de Montelíbano, en su calidad de Contratista de la SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO contrato No. 1224 de 2025 realizó el pago de la seguridad social correspondiente al mes de OCTUBRE -2025.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dependencia** | **SNR ORIP MONTELIBANO** | | | | | | | | |
| **Perfil Contratista** | **Auxiliar Administrativo** | | | | | | | | |
| **Mes a cobrar** | **Desde** | **Día** | **Mes** | **Año** | **Hasta** | **Día** | **Mes** | **Año** | |
| | | **01** | **10** | **2025** | | **30** | **10** | **2025** | |
| **Planilla seguridad social** | Valor Salud | | | | | | | | $ 178.000 |
| | Valor Pensión | | | | | | | | $ 227.800 |
| | Valor ARL | | | | | | | | $ 7.500 |
| | Pensionado / anexar resolución | | | | | | | | |
| | Número de planilla | | | | | | | | **90780227** |
| | Periodo de la planilla | | | | | | | | **2025-10** |
| | Fecha pago planilla | | | | | | | | **22/10/2025** |

Se expide la presente certificación una vez verificado el pago de la planilla anteriormente relacionada y sirve como soporte para cuenta de cobro del contratista a los dos (22) días del mes de OCTUBRE de 2025.

**CORNELIO DAGOBERTO SOTELO CORREA**
**Registrador Seccional Montelíbano Córdoba**



Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 50945899 | CARMEN HELENA SEPULVEDA PLAZA | calle 11B # 12 E - 02 | 7625029 | carheplaza@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | 1 - Independiente | | CÓRDOBA | MONTELÍBANO | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-10 | 2025-10 | I | 22/10/2025 | 90780227 | $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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 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

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 50945899 | CARMEN HELENA SEPULVEDA PLAZA | | calle 11B # 12 E - 02 | 7625029 | carheplaza@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| ÚNICA | I – Independiente | | | CÓRDOBA | MONTELÍBANO | 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 | |
| 2025-10 | 2025-10 | I | 22/10/2025 | 90780227 | $413.300 | |

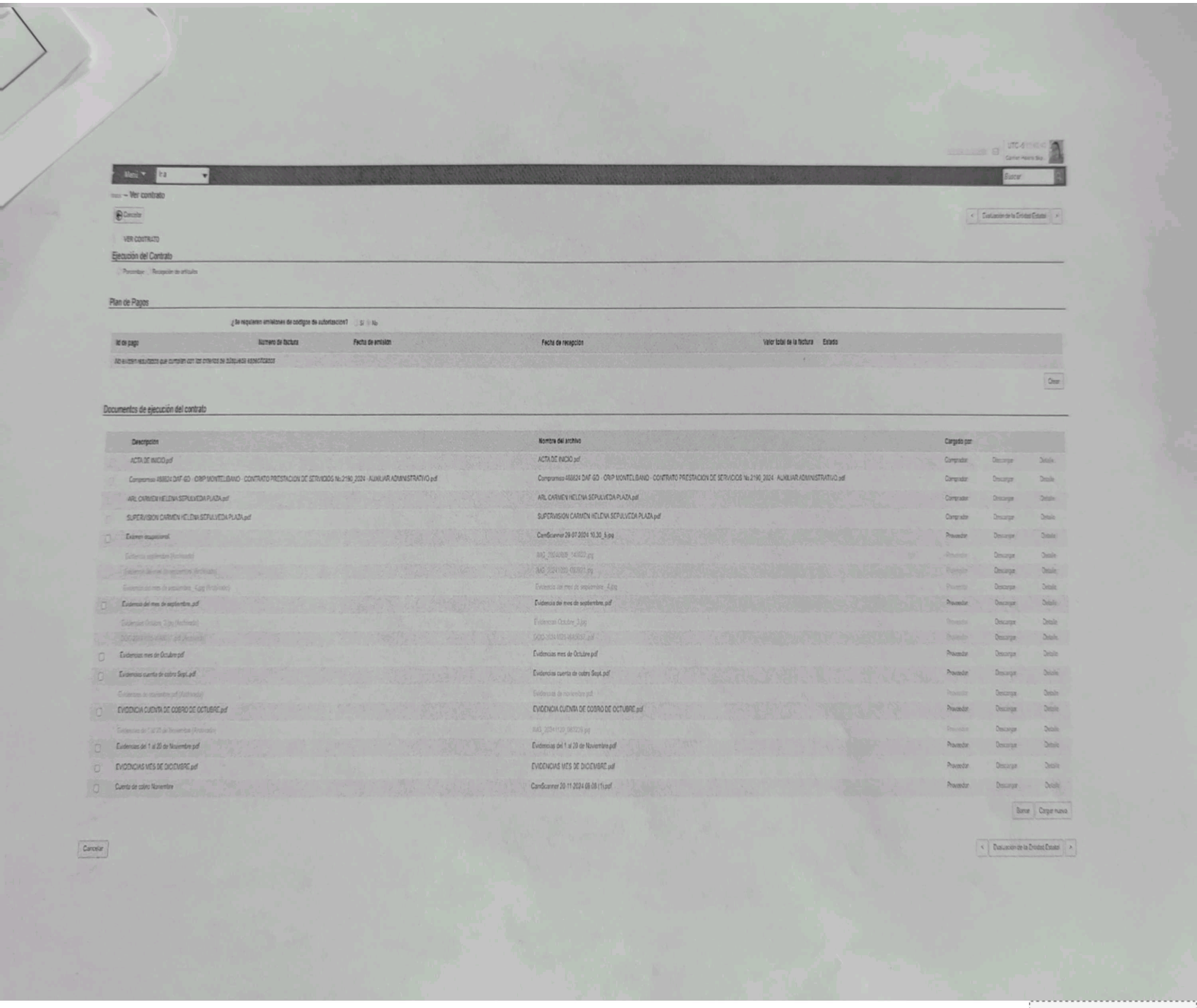
## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Colombia | Exterior | Empleado | Cotiz. voluntar | Economía | IGE | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 50945899 | SEPULVEDA PLAZA CARMEN HELENA | SI | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1,423,500 | 227,800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1,423,500 | 178,000 | 14-23 | 1,423,500 | 1 | 7,500 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Scanned with CamScanner




Scanned with CamScanner