PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Bucaramanga, noviembre 30 de 2025

Señor (a)
EDWARD ALBERTO GUERRERO PINEDA
SUPERVISOR(A) CONTRATO No.**7384473**
Coordinador Académico Programas Especiales
Instructor Grado 20
Centro de Servicios Empresariales y Turísticos Regional Santander
Ciudad

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes noviembre de 2025

Referencia: No 7384473 del año 2025

Carmenza Duran Rey, identificado con la cédula de ciudadanía No.28.211.636 de Lebrija, en mi calidad de Contratista del SENA, en el programa de articulación con la Educación Media, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación, presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

Valor y forma de Pago: *El valor total para el contrato es la suma de CUARENTA Y CINCO MILLONES TRESCIENTO OCHENTA Y UN MIL OCHCIENTOS CUARENTA Y DOS (45.381.842) PESOS MCTE pagaderos de la siguiente forma: a) Un primer pago proporcional a los días ejecutados durante el mes de febrero de 2025. b) nueve (9) pagos iguales por los meses de marzo a noviembre de 2025 por valor de CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS ONCE PESOS*
Plazo: Será hasta el 30 de noviembre de 2025

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN PARA ORIENTAR FORMACIÓN EN EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA, CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURÍSTICOS- SENA REGIONAL SANTANDER

Obligaciones Específicas: (Trascriba las obligaciones específicas del contrato, dentro del siguiente cuadro)

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Orientar formación a aprendices según su perfil, corresponde a la " Convocatoria de la APE para la conformación del Banco de Instructores" y sus afines.	Proceso de matrículas se da inicio a la revisión de documentos de las I.E asignadas a mi cargo, presentación en las I.E asignadas I.E francisco de Paula Santander (11º), Maipore 11º, centro de Comercio grado 10º, Gabriela Mistral grado 10º,Roberto Garcia Peña grado 10º	Registro Fotográfico
2	Aplicar en la resolución de problemas reales del sector productivo, los conocimiento, habilidades y destrezas pertinentes a las competencias del programa de formación asumiendo estrategias y metodologías de autogestión y/o afines a su competencia.	N.A	
3	Evaluar el proceso de aprendizaje diligenciando oportunamente los formatos correspondientes. Reportar en el sistema SOFIA PLUS en un plazo máximo de tres (3) días todas las actividades de acuerdo con los procesos que son de su responsabilidad garantizando la calidad de la	N.A	

	información y su coherencia con el proceso formativo		
4	Cumplir el objeto del contrato según la programación que el SENA indique, dentro del Lugar de Ejecución, y acorde a los parámetros de costeo de la formación que la Dirección General del SENA establece (nota1: para los contratos de periodo fijo el lineamiento señala que el instructor contratista debe cumplir con 160 horas de formación directa al mes; nota2: para los contratos por horas, la programación que se costea es el número de horas de formación directa que el instructor contratista ejecute conforme lo establezca la coordinación académica correspondiente	Impartir formación en las fichas de grado11 I.E. Colegio Francisco de paula Santander Ficha No 2911730, I.E Maipore Ficha No 2919775, Centro de comercio Ficha No 3157063, I.E Roberto García Peña Ficha No 3157118 y I.E Gabriela Mistral Ficha No 3157756	
5	Dar cumplimiento estricto las normas que regulan la Formación Profesional Integral en el SENA..	N.A	
6	Participar en procesos de promoción de los programas de formación, servicios y actividades de divulgación tecnológica	N.A	
7	Participar en las labores de montaje y puesta en marcha de equipos y maquinaria relacionados en procesos formativos propios de su área	N.A	

8	Coadyuvar en el proceso de ingreso e inducción de aprendices	Apoyo en el proceso de matrículas de las fichas de grado decimo a los aprendices de las I.E asignadas a mi cargo	Formatos y documentos propios de la matricula
9	EL CONTRATISTA manifiesta que durante la vigencia del contrato no está contratado simultáneamente en otro centro de formación o dependencia del SENA..		
10	No utilizar, ni total no parcialmente la información a que tenga acceso, en beneficio propio o de terceras personas o entidades diferentes a las autorizadas por el SENA	N.A	
11	Organizar y responder por el archivo propio de acuerdo con las tablas de retención documental vigentes por la entidad	Utilización de las plantillas autorizadas por el SENA para el manejo de la información	Planillas y documentos de compromiso SENA
12	Conocer y aplicar los procesos, procedimientos formatos y demás documentación establecida en el SIGA relacionados con las actividades del contrato.	Utilización de las plantillas autorizadas por el SENA para el manejo de la información	Planillas y documentos de compromiso SENA
13	Participar en reuniones y/o eventos y/o Comités citados y/o delegados por la Subdirección de centro.	Asistir el día 04 de Noviembre reunión mensual con el coordinador del programa en el auditorio menor CSET 10.00 am a 11:30 am	Registro fotográfico

14	Contribuir a la planeación que realice el Centro de Servicios Empresariales y Turísticos para definir las acciones de la siguiente vigencia.		
15	Brindar apoyo a la supervisión de los contratos que le sean requeridos por la Subdirección del centro	N.A	
16	Realizar cuando sea requerido por la Entidad la verificación y evaluación técnica o económica de las propuestas que se reciban dentro de los procesos de contratación de la entidad.	N.A	
17	Vigilar y salvaguardar los bienes que hagan parte del patrimonio del SENA o de otras entidades o de particulares puestos al servicio de la entidad, y que le hayan sido entregados para el desarrollo del objeto del contrato, por lo que son sujetos de control y vigilancia; en consecuencia, deberán dar cuenta sobre la entrega de los bienes al supervisor del contrato respectivo y a los órganos de control fiscal y disciplinario, de ser procedente	N.A	
18	Presentar los documentos necesarios para cada pago parcial del contrato según el plan de pagos garantizando su oportunidad, veracidad y completitud a fin de	Presentación de informe de las actividades realizadas en el mes de Noviembre de 2025	Presentación informe de obligaciones del mes de Noviembre de 2025

	contribuir a la correcta ejecución del plan de caja que elabora el centro de formación.		
19	Mantener actualizadas las plataformas tecnológicas que el SENA disponga para el seguimiento, control y gestión conforme al objeto contractual. Atender oportunamente los requerimientos que haga el supervisor del contrato y presentar informes correspondientes a su ejecución	Utilización de las plataformas asignadas al cumplimiento del contrato: SI contratistas, Secop II, Sofia Plus Presentación cuenta mes de noviembre de 2025	Plataformas SI contratistas,Secop II, Sofia Plus Archivos GF Y GC
20	el CONTRATISTA deberá acreditar que se encuentra al día en el pago mensual de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) para la realización de cada pago derivado del mismo; de acuerdo con los lineamientos que emita la Dirección General del SENA en cumplimiento a lo preceptuado en el Decreto 1273 del 23 de julio de 2018. Igualmente, el CONTRATISTA deberá afiliarse a la ARL con el nivel de riesgo que indique el SENA.	Envió del soporte del pago de la seguridad social del mes de octubre y noviembre/25, según decreto 12736 del 23 de julio de 2018	Archivos GF y GC
21	El contratista debe cumplir con las normas del Sistema General de Riesgos Laborales, en especial, las siguientes: procurar el cuidado integral de su salud;	Presentación de exámenes médicos ocupacionales	Se encuentran vigentes y se anexa certificación

	contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo; informar oportunamente al supervisor y/o subdirección del centro la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo, enfermedades laborales y cualquier novedad derivada del contrato; participar en las actividades de prevención y promoción organizadas por el SENA, el Comités Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales; cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.		

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

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

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

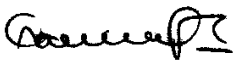
Nota 1: Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a

la presentación del informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos electrónicos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados y el No.90956434 -91475100 de la planilla, operador compensar mi planilla correspondiente al mes de octubre y noviembre de 2025 (Decreto Ley 2106 de 2019 – "Decreto Ley Antitrámites")

Evidencias en (3) folios
Cordialmente,

Firma



Carmenza Duran Rey
Contratista
C.C. 28.211.636 de Lebrija.

Recibí a satisfacción:

Firma

EDWARD ALBERTO GUERRERO PINEDA
Supervisor(a) Contrato 7384473 del 2025
Coordinador Académico Programas Especiales
Instructor Grado 20

EVIDENCIA DOCUMENTAL - MES: 11 DE OCTUBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025

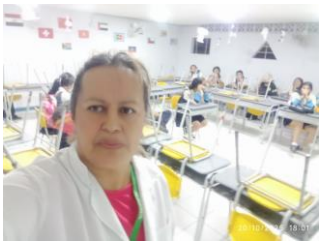
CONTRATO 7384473_3525_CARMENZA DURAN REY

EVIDENCIA NO 1. : IMPARTIR FORMACION EN LA FICHA NO 2912775 LOS DIAS LUNES (Mañana 6:00A 9.30 AM)I.E MAIPORE(OCTUBRE 20-27)





EVIDENCIA NO 2. : IMPARTIR FORMACION EN LA FICHA NO 2911730 LOS DIAS LUNES (Tarde 3:15 A 6:15 PM)I.E FRANCISCO DE PAULA SANTANDER (octubre 20-27 y 10 DE NOVIEMBRE)







EVIDENCIA NO 3. IMPARTIR FORMACION EN LA FICHA NO 3157118 LOS DIAS MARTES (TARDE 1:15 A 4:15 PM)I.E ROBERTO GARCIA PEÑA(octubre 14-21-28 y NOV 4-11)

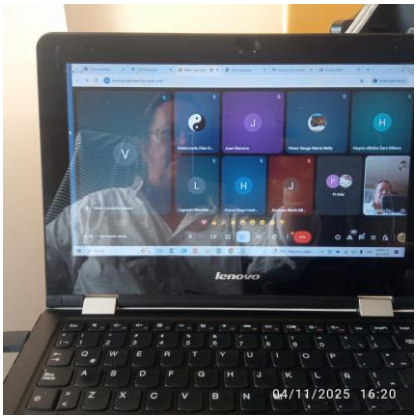






EVIDENCIA DOCUMENTAL - MES: 11 DE OCTUBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025

CONTRATO 7384473_3525_CARMENZA DURAN REY





EVIDENCIA NO 4. IMPARTIR FORMACION EN LA FICHA NO 3157756 LOS DIAS MIERCOLES (MAÑANA 10:00A 12:00 AM)I.E INSTITUTO EMPRESARIAL GABRIELA MISTRAL (OCTUBRE 15-22-29 NOV 5-12)











EVIDENCIA NO 4. IMPARTIR FORMACION EN LA FICHA NO 3157063 LOS DIAS MIERCOLES (TARDE 2:20 A 6.30 PM)I.E CENTRO DE COMERCIO (OCTUBRE 15-22-29-NOV 5-12)







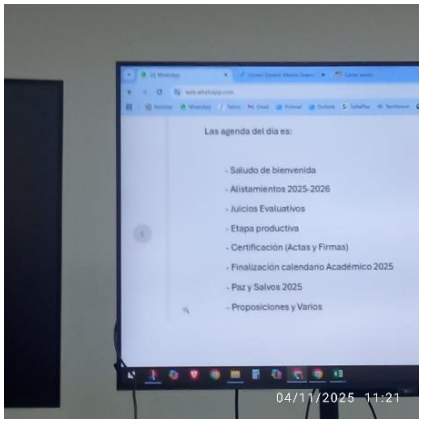
EVIDENCIA DOCUMENTAL - MES: 11 DE OCTUBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025

CONTRATO 7384473_3525_CARMENZA DURAN REY





EVIDENCI NO: 5 REUNION MENSUL DE LA MEDIA 4 DE NOVIEMBRE DE 7.30 A 10-30 AM EN EL AUDITORIO MENOR DEL CSET CON EL COORDINADOR DEL PROGRAMA.







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	28211636	CARMENZA DURAN REY	KRA 24 # 80 51	6365824	KDURE21@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	LEBRIJA		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	
2025-01	2025-01	I	13/02/2025	83701642	$872.000	

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	375.000	0		0		0	2	500	0	375.500	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	480.000	0	0	0	0	2	700	0	480.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	15.700				15.700	2	100	15.800			157	15.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	375.000	375.500
Pensión	1	480.000	480.700
Riesgos Laborales	1	15.700	15.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	870.700	872.000

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	28211636	CARMENZA DURAN REY		KRA 24 # 80 51	6365824	KDURE21@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	LEBRIJA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	13/02/2025	83701642	$872.000	

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	28211636	DURAN REY CARMENZA	59	0			N																	25-14	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS005	3.000.000	375.000	14-23	3.000.000	1	15.700		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	28211636	CARMENZA DURAN REY	KRA 24 # 80 51	6365824	KDURE21@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	LEBRIJA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	12/03/2025	84464886	$871.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	375.000	0		0		0	1	300	0	375.300	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	480.000	0	0	0	0	1	400	0	480.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	15.700				15.700	1	100	15.800			157	15.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	375.000	375.300
Pensión	1	480.000	480.400
Riesgos Laborales	1	15.700	15.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	870.700	871.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	28211636	CARMENZA DURAN REY		KRA 24 # 80 51	6365824	KDURE21@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	LEBRIJA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	12/03/2025	84464886	$871.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	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	28211636	DURAN REY CARMENZA	59	0			N																	25-14	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS005	3.000.000	375.000	14-23	3.000.000	1	15.700		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	28211636	CARMENZA DURAN REY	KRA 24 # 80 51	6365824	KDURE21@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	LEBRIJA		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	
2025-03	2025-03	I	08/04/2025	85278485	$870.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	375.000	0		0		0	0	0	0	375.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	480.000	0	0	0	0	0	0		480.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	15.700				15.700	0	0	15.700			157	15.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	375.000	375.000
Pensión	1	480.000	480.000
Riesgos Laborales	1	15.700	15.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	870.700	870.700

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	28211636	CARMENZA DURAN REY		KRA 24 # 80 51	6365824	KDURE21@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	LEBRIJA		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	
2025-03	2025-03	I	08/04/2025	85278485	$870.700	

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	28211636	DURAN REY CARMENZA	59	0			N																	25-14	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS005	3.000.000	375.000	14-23	3.000.000	1	15.700		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	28211636	CARMENZA DURAN REY	KRA 24 # 80 51	6365824	KDURE21@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	LEBRIJA		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	14/05/2025	86074139	$872.000	

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	375.000	0		0		0	2	500	0	375.500	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	480.000	0	0	0	0	2	700	0	480.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	15.700				15.700	2	100	15.800			157	15.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	375.000	375.500
Pensión	1	480.000	480.700
Riesgos Laborales	1	15.700	15.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	870.700	872.000

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	28211636	CARMENZA DURAN REY		KRA 24 # 80 51	6365824	KDURE21@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	LEBRIJA		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	14/05/2025	86074139	$872.000	

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	28211636	DURAN REY CARMENZA	59	0			N																	25-14	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS005	3.000.000	375.000	14-23	3.000.000	1	15.700		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	28211636	CARMENZA DURAN REY	KRA 24 # 80 51	6365824	KDURE21@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	LEBRIJA		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	
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	86899804	$870.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	375.000	0		0		0	0	0	0	375.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	480.000	0	0	0	0	0	0		480.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	15.700				15.700	0	0	15.700			157	15.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	375.000	375.000
Pensión	1	480.000	480.000
Riesgos Laborales	1	15.700	15.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	870.700	870.700

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	28211636	CARMENZA DURAN REY		KRA 24 # 80 51	6365824	KDURE21@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	LEBRIJA		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	
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	86899804	$870.700	

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	28211636	DURAN REY CARMENZA	59	0			N																	25-14	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS005	3.000.000	375.000	14-23	3.000.000	1	15.700		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	28211636	CARMENZA DURAN REY	KRA 24 # 80 51	6365824	KDURE21@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	LEBRIJA		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	
2025-06	2025-06	I	11/07/2025	87654778	$871.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	375.000	0		0		0	2	500	0	375.500	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	480.000	0	0	0	0	2	600	0	480.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	15.700				15.700	2	100	15.800			157	15.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	375.000	375.500
Pensión	1	480.000	480.600
Riesgos Laborales	1	15.700	15.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	870.700	871.900

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	28211636	CARMENZA DURAN REY		KRA 24 # 80 51	6365824	KDURE21@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	LEBRIJA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-06	2025-06	I	11/07/2025	87654778	$871.900	

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	28211636	DURAN REY CARMENZA	59	0			N																	25-14	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS005	3.000.000	375.000	14-23	3.000.000	1	15.700		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	28211636	CARMENZA DURAN REY	KRA 24 # 80 51	6365824	KDURE21@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	LEBRIJA		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	
2025-07	2025-07	I	12/08/2025	88507436	$870.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	375.000	0		0		0	0	0	0	375.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	480.000	0	0	0	0	0	0		480.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	15.700				15.700	0	0	15.700			157	15.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	375.000	375.000
Pensión	1	480.000	480.000
Riesgos Laborales	1	15.700	15.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	870.700	870.700

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	28211636	CARMENZA DURAN REY		KRA 24 # 80 51	6365824	KDURE21@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	LEBRIJA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-07	2025-07	I	12/08/2025	88507436	$870.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	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	28211636	DURAN REY CARMENZA	59	0			N																	25-14	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS005	3.000.000	375.000	14-23	3.000.000	1	15.700		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	28211636	CARMENZA DURAN REY	KRA 24 # 80 51	6365824	KDURE21@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	LEBRIJA		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	
2025-08	2025-08	I	12/09/2025	89294099	$872.600	

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	375.000	0		0		0	3	800	0	375.800	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	480.000	0	0	0	0	3	1.000	0	481.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	15.700				15.700	3	100	15.800			157	15.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	375.000	375.800
Pensión	1	480.000	481.000
Riesgos Laborales	1	15.700	15.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	870.700	872.600

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	28211636	CARMENZA DURAN REY		KRA 24 # 80 51	6365824	KDURE21@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	LEBRIJA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-08	2025-08	I	12/09/2025	89294099	$872.600	

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	28211636	DURAN REY CARMENZA	59	0			N																	25-14	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS005	3.000.000	375.000	14-23	3.000.000	1	15.700		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	28211636	CARMENZA DURAN REY	KRA 24 # 80 51	6365824	KDURE21@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	LEBRIJA		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	
2025-09	2025-09	I	14/10/2025	90114979	$873.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	375.000	0		0		0	5	1.200	0	376.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	480.000	0	0	0	0	5	1.500	0	481.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	15.700				15.700	5	100	15.800			157	15.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	375.000	376.200
Pensión	1	480.000	481.500
Riesgos Laborales	1	15.700	15.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	870.700	873.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	28211636	CARMENZA DURAN REY		KRA 24 # 80 51	6365824	KDURE21@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	LEBRIJA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-09	2025-09	I	14/10/2025	90114979	$873.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	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	28211636	DURAN REY CARMENZA	59	0			N																	25-14	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS005	3.000.000	375.000	14-23	3.000.000	1	15.700		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	28211636	CARMENZA DURAN REY	KRA 24 # 80 51	6365824	KDURE21@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	LEBRIJA		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	
2025-10	2025-10	I	18/11/2025	90956434	$874.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	375.000	0		0		0	6	1.500	0	376.500	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	480.000	0	0	0	0	6	1.900	0	481.900	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	15.700				15.700	6	100	15.800			157	15.800	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	375.000	376.500
Pensión	1	480.000	481.900
Riesgos Laborales	1	15.700	15.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	870.700	874.200

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	28211636	CARMENZA DURAN REY		KRA 24 # 80 51	6365824	KDURE21@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	LEBRIJA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	18/11/2025	90956434	$874.200	

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	Estudiante	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	28211636	DURAN REY CARMENZA	59	0			N																	25-14	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS005	3.000.000	375.000	14-23	3.000.000	1	15.700		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	28211636	CARMENZA DURAN REY	KRA 24 # 80 51	6365824	KDURE21@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	LEBRIJA		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	
2025-11	2025-11	I	25/11/2025	91475100	$870.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	375.000	0		0		0	0	0	0	375.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	480.000	0	0	0	0	0	0		480.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	15.700				15.700	0	0	15.700			157	15.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	375.000	375.000
Pensión	1	480.000	480.000
Riesgos Laborales	1	15.700	15.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	870.700	870.700

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	28211636	CARMENZA DURAN REY		KRA 24 # 80 51	6365824	KDURE21@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	LEBRIJA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-11	2025-11	I	25/11/2025	91475100	$870.700	

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	28211636	DURAN REY CARMENZA	59	0			N																	25-14	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS005	3.000.000	375.000	14-23	3.000.000	1	15.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PROCESO					
GESTIÓN CONTRACTUAL					
NOMBRE DEL FORMATO					
ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN ENTRE EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE Y PERSONA NATURAL					
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	x

Junio de 2025

Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol

- **Generalidades:**

1. El presente formato tiene como objetivo, establecer los términos y condiciones bajo los cuales, la parte receptora, se compromete a proteger la información confidencial, entregada por la parte reveladora, con el fin de evitar su divulgación no autorizada o uso indebido.
2. Lo deben diligenciar la persona natural y de parte del SENA el representante legal o un delegado autorizado.
3. Se debe diligenciar cada vez que se vaya a compartir información confidencial por cada nuevo proyecto, cuando se amplie el alcance de la relación existente, cuando haya expirado el acuerdo o cambios en la normatividad relacionada o en las políticas institucionales.

   El acuerdo de confidencialidad debe ser firmado al inicio de cada relación contractual o de cooperación, en la que exista tratamiento o acceso a información confidencial.
4. Una vez diligenciado, este registro debe estar en el archivo del proceso contractual.
5. La clasificación de la información registrada en este formato se debe clasificar como Pública Clasificada o Publica reservada, de acuerdo con los artículos 18 y 19 de la Ley 1712 de 2014.

PROCESO					
GESTIÓN CONTRACTUAL					
NOMBRE DEL FORMATO					
ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN ENTRE EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE Y PERSONA NATURAL					
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública		Pública Clasificada		Pública Reservada	x

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN ENTRE EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE Y CARMENZA DURAN REY

Entre los suscritos, de una parte, **Carmenza Duran Rey** identificado(a) con cédula de ciudadanía número **28.211.636,** y de otra parte, **Norman Carrillo Ramírez**, identificado con cédula de ciudadanía número **91.341.766**, quien actúa en calidad de **SUBDIRECTOR (e)CSET**, de conformidad con el nombramiento Resolución No 01-03245 del 23 de octubre de 2025 y acta de posesión No 609 del 23/10/2025; actuando en nombre y representación legal del **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** con NIT 899.999034-1, entidad vinculada a los componentes de educación, corresponsabilidad y de emprendimiento, asociatividad y empleabilidad, hemos convenido celebrar el presente acuerdo de intercambio de información y confidencialidad con base en las siguientes:

I. CONSIDERACIONES

1. El artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece que todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar y

rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas. Lo anterior, fue desarrollado por la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos Reglamentarios, y el artículo 2.2.2.1.4 del Decreto 1074 de 2015.

2. Así las cosas, la Ley Estatutaria 1581 de 2012, reglamentada parcialmente por los Decretos 1074 de 2015 y 1081 de 2015, tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, así como las demás garantías establecidas en el artículo 15 de la Constitución Política.

3. En lo que respecta a la información personal, y en particular a la identificación ciudadana, la normativa vigente establece disposiciones estrictas debido a la sensibilidad de estos datos. La Ley Estatutaria 1581 de 2012, que regula la protección de datos personales, dispone en su artículo 9 que su tratamiento requiere la autorización previa, expresa e informada del titular.

4. Que el artículo 2 de la Ley 1712 de 2014, por la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones, establece el principio de máxima publicidad para titular universal, en virtud del cual toda información en posesión, bajo control o custodia de un sujeto obligado es publica y no podrá ser reservada o limitada sino por disposición constitucional o legal.

5. Que el literal c) del artículo 6 de la Ley 1712 de 2014, dispone que la Información pública clasificada, es aquella que estando en poder o custodia de un sujeto obligado en tal calidad, pertenece al ámbito propio, particular y privado o semiprivado de una persona natural o jurídica, por lo que su acceso podrá ser negado o exceptuado siempre que se trate de circunstancias legítimas y necesarias y los derechos particulares o privados consagrados en el artículo 18 de la mencionada ley, configurándose una excepción al principio de máxima publicidad de la información.

6. El Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA, creado mediante Decreto Ley 118 de 1957, es un establecimiento público del orden nacional, con personería jurídica, patrimonio propio e independiente, autonomía administrativa y adscrito al Ministerio del Trabajo

(PONER LAS CONSIDERACIONES PERTINENTES DE CADA CASO)

En virtud de lo anteriormente expuesto, se suscribe el presente Acuerdo de Confidencialidad, el cual se regirá por las siguientes:

II. CLÁUSULAS

CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO. El presente Acuerdo tiene como objeto establecer los términos, condiciones y principios bajo los cuales la **PARTE RECEPTORA** se obliga a garantizar la confidencialidad, reserva, integridad, custodia y uso adecuado de toda la información a la que tenga acceso, directa o indirectamente, proporcionada por la **PARTE REVELADORA**. Esta obligación aplica a la información compartida antes, durante y después de la vigencia del presente Acuerdo, independientemente del medio o formato en el que haya sido transmitida.

PARÁGRAFO PRIMERO. Para efectos del presente Acuerdo, se entiende que la **PARTE REVELADORA** es el **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA**, y la **PARTE RECEPTORA** es la **persona natural** que suscribe el Acuerdo.

CLÁUSULA SEGUNDA. DEFINICIONES. Para efectos del presente Acuerdo, se adoptan las siguientes definiciones:

CONFIDENCIALIDAD: Propiedad que determina que la información sólo esté disponible y sea revelada a individuos, entidades o procesos autorizados.

DATO PERSONAL: Cualquier información vinculada o que pueda asociarse a una o varias personas naturales determinadas o determinables.

PARTE RECEPTORA: Es la parte que **recibe Información Confidencial** en virtud del presente Acuerdo, obligándose a protegerla y utilizarla exclusivamente para los fines establecidos en el mismo, conforme a las condiciones aquí pactadas.

PARTE REVELADORA: Es la parte que **revela o entrega Información Confidencial** a la Parte Receptora. Para efectos del presente Acuerdo, **el Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA** actúa como **Parte Reveladora**.

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL: Se entenderá como Información Confidencial, sin limitarse a ello, la siguiente:

- Toda información técnica, financiera, estratégica, operativa, legal, comercial, administrativa, de procesos, bases de datos, listas de empleados, beneficiarios, aprendices, algoritmos, programas, investigaciones, derechos de autor, patentes, modelos, invenciones, estudios, datos personales, informes, y cualquier otra información relacionada con la misionalidad pasada, presente y futura de LA PARTE REVELADORA
- Archivos que contengan la medición de la cantidad de datos que maneje el SENA o cualquier información institucional relevante.
- Información considerada como pública clasificada o reservada, de conformidad con los artículos 18 y 19 de la Ley 1712 de 2014
- Cualquier información que sea proporcionada por la PARTE REVELADORA a la PARTE RECEPTORA por cualquier medio (oral, escrito, visual, digital, magnético u otro), incluyendo aquella conocida por el acceso autorizado a aplicaciones, programas o software, para uso exclusivo de la otra parte, en virtud de la buena fe y la relación entre LAS PARTES.

INFORMACIÓN NO CONFIDENCIAL: No será considerada Información Confidencial aquella que:

- Sea de dominio público o esté contenida en publicaciones de circulación general, siempre que haya sido publicada con anterioridad a la fecha de este Acuerdo.
- Se vuelva de conocimiento público por medios distintos a una trasgresión del presente Acuerdo por parte de la PARTE RECEPTORA.
- Ya esté en posesión de la PARTE RECEPTORA antes de ser divulgada por la PARTE REVELADORA, o haya sido desarrollada de forma independiente por esta, sus afiliados o agentes, siempre que pueda demostrarse dicha independencia.
- Sea obtenida por la PARTE RECEPTORA de un tercero que tenga el derecho legítimo de divulgarla sin restricciones de confidencialidad.
- Sea divulgada con la aprobación previa y por escrito de la PARTE REVELADORA.
- Sea requerida por mandato legal, decreto, sentencia u orden de autoridad competente, en el ejercicio de sus funciones legales.

CLÁUSULA TERCERA. PRINCIPIOS. Con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos en el presente Acuerdo, **la PARTE RECEPTORA** se obliga a regir su actuación por los siguientes principios orientadores, los cuales fundamentan y direccionan todas las actividades, decisiones y mecanismos derivados de su implementación:

1. **Principio de Confidencialidad:** La PARTE RECEPTORA se compromete a preservar la reserva absoluta de toda información, medios, herramientas y demás elementos que sean compartidos o generados en el contexto del presente Acuerdo. La información será empleada exclusivamente para los fines de la relación entre las partes y deberá protegerse

contra cualquier amenaza de acceso no autorizado, uso indebido, pérdida, modificación o destrucción. Para ello, implementará medidas administrativas, técnicas, jurídicas y organizacionales apropiadas.

2. **Principio de Seguridad:** Este principio impone a la PARTE RECEPTORA la obligación de adoptar todas las medidas necesarias para salvaguardar la información recibida, incluyendo mecanismos de protección física, lógica y procedimental, así como la adecuada formación del personal que tenga acceso a dicha información. Las medidas implementadas deberán ajustarse a los estándares nacionales e internacionales de seguridad de la información, asegurando su integridad, disponibilidad, confidencialidad y trazabilidad.
3. **Principio de Pertinencia y Consecuencia:** La PARTE RECEPTORA hará uso de la información y herramientas tecnológicas objeto del presente Acuerdo exclusivamente dentro del marco de sus funciones legales. En caso de uso inadecuado, pérdida, alteración, destrucción, deterioro o divulgación no autorizada de la información, se adelantarán las acciones correspondientes, que podrán ser de naturaleza administrativa, disciplinaria, civil o penal, conforme a la gravedad de los hechos y a la normativa vigente.
4. **Principio de Legalidad y Responsabilidad:** Toda gestión, utilización o transferencia de la información deberá efectuarse en estricto cumplimiento de la Constitución, las leyes y demás normas aplicables. La PARTE RECEPTORA actuará con responsabilidad y asumirá las consecuencias legales que deriven del incumplimiento de las obligaciones adquiridas mediante el presente instrumento.

PARÁGRAFO: La información entregada en virtud de este Acuerdo deberá ser empleada exclusivamente para los fines previstos en el mismo. Queda expresamente prohibido su uso con propósitos comerciales o de explotación económica. Igualmente, no podrá ser cedida, transferida o divulgada a terceros, ya sean personas naturales, entidades públicas o privadas, de carácter nacional o internacional, sin la autorización previa, expresa y por escrito de la PARTE REVELADORA o responsable de dicha información.

CLÁUSULA CUARTA. PROPIEDAD DE LA INFORMACIÓN. La Información Confidencial, que haya sido o sea divulgada por la PARTE REVELADORA a la PARTE RECEPTORA, permanecerá en todo momento como propiedad exclusiva de la PARTE REVELADORA.

Ninguna disposición del presente Acuerdo podrá interpretarse como una cesión, transferencia, licencia o concesión, expresa o implícita, de derechos sobre la Información Confidencial a favor de la PARTE RECEPTORA, salvo lo estrictamente necesario para cumplir con el objeto del presente Acuerdo.

La PARTE RECEPTORA se abstendrá de utilizar, reproducir, modificar, adaptar, transmitir, divulgar o explotar de cualquier forma la Información Confidencial, salvo autorización expresa, previa y por escrito de la PARTE REVELADORA.

Cualquier uso no autorizado de la Información Confidencial, así como su divulgación, revelación o aprovechamiento indebido por parte de la PARTE RECEPTORA, constituirá un incumplimiento grave de las obligaciones contenidas en este Acuerdo y dará lugar a la terminación inmediata del mismo, sin perjuicio de las acciones legales a que haya lugar.

CLÁUSULA QUINTA. OBLIGACIONES PARTE RECEPTORA. La PARTE RECEPTORA se compromete a utilizar la Información Confidencial exclusivamente para los fines definidos en este Acuerdo, y en ningún caso podrá emplearla con propósitos distintos, ni en forma que cause perjuicio o detrimento a la PARTE REVELADORA.

a) La PARTE RECEPTORA mantendrá en estricta reserva la Información Confidencial recibida, y se abstendrá de divulgarla, total o parcialmente, a cualquier persona distinta de aquella que requiera conocerla para la ejecución del Acuerdo. El acceso será limitado al personal autorizado, quien deberá actuar bajo los mismos principios de confidencialidad aquí establecidos.
b) La PARTE RECEPTORA será responsable de instruir adecuadamente a los funcionarios, contratistas, técnicos, consultores o cualquier tercero que tenga acceso a la Información Confidencial sobre la naturaleza reservada de esta y las obligaciones derivadas del presente Acuerdo. Podrá exigirse la suscripción de acuerdos individuales de confidencialidad cuando sea necesario.
c) La PARTE RECEPTORA adoptará las medidas técnicas, administrativas y jurídicas necesarias para la custodia segura de la Información Confidencial, a fin de evitar su acceso no autorizado, deterioro, alteración, pérdida o destrucción, conforme a sus políticas institucionales de seguridad y lo establecido en la normatividad vigente.
d) Cumplido el objeto del presente Acuerdo, la Información Confidencial deberá ser devuelta o destruida según lo indique la PARTE REVELADORA. No podrá conservarse copia física o digital de la misma sin autorización previa y escrita.
e) En caso de que la PARTE RECEPTORA esté legalmente obligada a divulgar Información Confidencial por mandato de ley, orden judicial o requerimiento de autoridad competente, deberá notificarlo previamente a la PARTE REVELADORA, con el fin de que esta pueda adoptar las medidas legales de protección necesarias. En todo caso, la PARTE RECEPTORA revelará únicamente la información estrictamente requerida y continuará garantizando su confidencialidad.
f) La PARTE RECEPTORA se compromete a cumplir con lo dispuesto en la Ley 1712 de 2014, el Decreto 1081 de 2015 (Libro 2, Parte 1, Título 1, Capítulo 2), la Ley 1266 de 2008, la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, en lo relacionado con el tratamiento de la información pública clasificada, reservada y los datos personales.
g) La terminación del Acuerdo no extinguirá las obligaciones de confidencialidad aquí contenidas. Estas continuarán vigentes conforme a lo establecido por la Ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables.

h) La PARTE RECEPTORA se compromete a informar oportunamente cualquier sugerencia de mejora o anomalía en la ejecución del presente Acuerdo, así como a colaborar con la PARTE REVELADORA para garantizar su correcto cumplimiento.
i) En caso de que la PARTE RECEPTORA se entere de cualquier pérdida, uso no autorizado o divulgación de Información Confidencial, dará aviso inmediato a la PARTE REVELADORA. Para lo anterior, tomará todas las medidas necesarias para cooperar en rectificar dicho uso no autorizado o divulgación.

CLÁUSULA SEXTA. CONFIDECIALIDAD DE LA INFORMACIÓN. Toda la información que la PARTE REVELADORA transmita a la PARTE RECEPTORA, con anterioridad o posterioridad a la firma del presente Acuerdo, a excepción de aquella que tenga naturaleza pública, será considerada confidencial. Esta información puede incluir información pública clasificada y reservada, datos personales, información técnica, financiera, estratégica, operativa o cualquier otro tipo de información relacionada con las actividades actuales o futuras de la PARTE REVELADORA.

La PARTE RECEPTORA se compromete a recibir y tratar la información confidencial conforme a los mecanismos, herramientas y procedimientos previamente acordados, respetando en todo momento los límites y obligaciones establecidos por la normatividad vigente.

La PARTE RECEPTORA acuerda que la Información Confidencial sólo podrá ser divulgada a personas que requieran conocerla para los fines del presente Acuerdo y que estén debidamente autorizadas por la PARTE REVELADORA.

CLÁUSULA SÉPTIMA. CUSTODIA DE LA INFORMACIÓN. La PARTE RECEPTORA se compromete a custodiar adecuadamente la información recibida en el marco del presente Acuerdo y a aplicar todas las medidas necesarias para garantizar su confidencialidad, integridad y disponibilidad. Para tal efecto, deberá implementar mecanismos de seguridad técnicos, administrativos, humanos y organizacionales orientados a prevenir cualquier divulgación, fuga, alteración, daño, contaminación o uso no autorizado de dicha información.

La información deberá ser almacenada en entornos físicos o digitales con acceso restringido, limitado exclusivamente a las personas que, en virtud de sus funciones, requieran conocerla para el cumplimiento de las obligaciones derivadas del presente Acuerdo. Dichas personas deberán estar debidamente autorizadas y capacitadas respecto del manejo seguro de la información.

Parágrafo 1. En caso de que la PARTE RECEPTORA tenga conocimiento de una pérdida, acceso no autorizado, uso indebido o divulgación de la información recibida, deberá notificarlo de manera inmediata a la PARTE REVELADORA. En tal circunstancia, deberá adoptar sin dilación todas las

medidas correctivas necesarias y colaborar activamente para mitigar los efectos del incidente y restablecer la seguridad de la información comprometida.

CLAÚSULA OCTAVA. CONTENIDO Y MODIFICACIÓN. El presente Acuerdo constituye el Acuerdo total entre LAS PARTES y sustituye cualquier declaración oral o escrita anterior suministrada por LAS PARTES. El presente Acuerdo no podrá ser modificado, salvo por documento escrito firmado por ambas PARTES**,** el cual hará parte integral del presente Acuerdo. Si algún término, convenio o condición del Acuerdo es inválido o no cumplido por cualquier razón, el resto de las estipulaciones continuará en completa vigencia y efecto como si el Acuerdo hubiese sido ejecutado con la porción inválida eliminada.

LAS PARTES podrán modificar la estipulación declarada inválida, para lo cual acordarán aquella que más se aproxime a la finalidad prevista. LAS PARTES acuerdan que de mutuo consenso podrán agregar puntos o elementos adicionales que aseguren la confidencialidad de la información en cualquier momento, pero para que surtan efecto deberán ser por escrito y contar con la firma del representante legal de cada una de LAS PARTES.

CLAÚSULA NOVENA. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. Este Acuerdo se celebra en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y demás normatividad aplicable en materia de protección de datos personales. La PARTE RECEPTORA reconoce que, en el marco de la ejecución del Acuerdo, podrá tener acceso a información de carácter privado o reservado, protegida por el derecho fundamental al habeas data.

Por lo tanto, la PARTE RECEPTORA se compromete a gestionar dicha información con estricta sujeción a las disposiciones constitucionales y legales vigentes, así como a la jurisprudencia de la Corte Constitucional en la materia. Queda expresamente prohibido a la PARTE RECEPTORA compartir bases de datos personales con personas naturales, entidades públicas o privadas ajenas a este Acuerdo sin autorización previa, expresa e informada de la PARTE REVELADORA.

La PARTE RECEPTORA se obliga a tratar los datos personales exclusivamente para las finalidades necesarias para la ejecución del Acuerdo, garantizando el cumplimiento de la normativa vigente en protección de datos personales y adoptando medidas de seguridad adecuadas para prevenir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado.

En caso de un incidente de seguridad que afecte datos personales, o en caso de recibir cualquier solicitud, queja o reclamo por parte de un titular de los datos, la PARTE RECEPTORA deberá notificarlo de inmediato a la PARTE REVELADORA, y colaborar activamente en la atención de la situación, siguiendo las instrucciones que esta le imparta.

Al finalizar el Acuerdo, la PARTE RECEPTORA deberá devolver o eliminar los datos personales recibidos en un término de [15] días calendario, salvo que exista una obligación legal que justifique su conservación, en cuyo caso deberá informar a la PARTE REVELADORA sobre tal circunstancia.

Los titulares de los datos podrán ejercer sus derechos de acceso, actualización, rectificación, supresión y oposición. LAS PARTES deberán garantizar el ejercicio de estos derechos a través de sus canales de atención.

Datos de contacto:

SENA – Correo: servicioalciudadano@sena.edu.co – Página web: https://www.sena.edu.co

XXXXXXXXXXXX – Correo: cduranr@sen.edu.co – Página web: xxxxxxxxxxxxxxx

CLAÚSULA DÉCIMA. PROPIEDAD INTELECTUAL La divulgación, entrega o acceso a cualquier información por parte de la PARTE REVELADORA a la PARTE RECEPTORA, sea esta confidencial o no, no constituirá autorización, permiso, licencia, cesión o transferencia alguna de derechos de propiedad intelectual, industrial o de cualquier otra naturaleza relacionada. Todos los derechos sobre la información, incluyendo, pero sin limitarse a, copias físicas, versiones digitalizadas o sistematizadas, resúmenes, adaptaciones, compilaciones y desarrollos derivados, permanecerán en todo momento como propiedad exclusiva de la PARTE REVELADORA.

En consecuencia, la PARTE RECEPTORA no podrá, sin la autorización previa, expresa y escrita de la PARTE REVELADORA, realizar actos tales como modificar, transformar, copiar, reproducir, distribuir, publicar, comunicar públicamente, utilizar para fines distintos a los autorizados, desarrollar productos, sistemas, modelos, diseños, planos, obras, programas, algoritmos, bases de datos o cualquier otra creación intelectual basada en dicha información o que la incorpore, ya sea en todo o en parte.

El incumplimiento de esta obligación podrá dar lugar a las acciones legales que correspondan, incluyendo, pero sin limitarse a, la reclamación de daños y perjuicios y el ejercicio de acciones judiciales y administrativas para la protección de los derechos de propiedad intelectual e industrial.

CLAÚSULA DÉCIMA PRIMERA. DEVOLUCIÓN O DESTRUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL. En caso de terminación del presente Acuerdo, la PARTE RECEPTORA deberá devolver a la PARTE REVELADORA todos los originales, copias, reproducciones y resúmenes de la información confidencial que haya recibido, a solicitud de esta última, y certificar su destrucción en los casos aplicables.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. INDEMNIDAD DEL ACUERDO. La PARTE RECEPTORA mantendrá indemne a la PARTE REVELADORA contra todo reclamo, demanda, acción legal, costas y cualquier erogación económica que pueda causarse o surgir por daños o lesiones a personas o propiedad de terceros, que se ocasionen durante la ejecución del objeto del presente Acuerdo o a consecuencia de este.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA. RENUNCIA. La tolerancia de la PARTE REVELADORA al incumplimiento de cualquiera de las cláusulas de este Acuerdo no será considerada como la renuncia a las obligaciones de las partes dispuestas en el presente acuerdo.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA. CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL ACUERDO. El presente Acuerdo podrá darse por terminado en cualquiera de los siguientes eventos:

1. Por mutuo acuerdo entre las partes;
2. Por el incumplimiento de alguna de las obligaciones;
3. Por el vencimiento de su vigencia;
4. Por orden judicial y/o administrativa;
5. Por causales señaladas en la ley.

En cualquier caso, se dejará por escrito la terminación del acuerdo

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - SUPERVISIÓN. La supervisión del cumplimiento del presente Acuerdo estará a cargo de (Registrar nombre y cargo del supervisor del contrato o responsable delegado)

PARÁGRAFO. La supervisión hará por escrito todas las observaciones y sugerencias que considere necesarias para el cabal desarrollo del objeto del Acuerdo y el cumplimiento de los compromisos de las partes.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – LEGISLACIÓN. Este Acuerdo se regirá y se interpretará de acuerdo con la legislación y las leyes de la República de Colombia.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA –RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO. La PARTE RECEPTORA reconoce que la Información Confidencial a la que accede en virtud del presente Acuerdo posee una valoración económica y que su indebida divulgación o utilización causa un perjuicio a la PARTE REVELADORA. Toda la información suministrada por la PARTE REVELADORA se reconoce como de su exclusiva propiedad, y cualquier divulgación o utilización con propósitos diferentes a los

autorizados dará derecho a la PARTE REVELADORA para solicitar la indemnización de los perjuicios que se llegaren a ocasionar.

En consecuencia, la PARTE RECEPTORA acepta que la divulgación o uso no autorizados de la Información Confidencial podrá dar lugar a la obligación de indemnizar los daños causados. La PARTE RECEPTORA entiende y acuerda que las compensaciones económicas por daños y perjuicios que se acuerden, estipulen o paguen, no constituyen renuncia alguna de la PARTE REVELADORA a ejercer reclamaciones por incumplimiento de este Acuerdo. La PARTE REVELADORA podrá solicitar la protección de sus derechos o la satisfacción de sus pretensiones ante la autoridad judicial competente.

En caso de incumplimiento o amenaza de incumplimiento del presente Acuerdo por parte de la PARTE RECEPTORA, la PARTE REVELADORA estará facultada para interponer todas las acciones legales necesarias a fin de restringir el uso o divulgación de la Información Confidencial, sin perjuicio de la posibilidad de ejercer cualquier otro recurso disponible.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS. En caso que surjan eventuales conflictos entre las partes referentes a diferencias o discrepancias generadas con ocasión de la celebración, interpretación, ejecución, modificación, o terminación del presente Acuerdo, las partes buscarán solucionarlo en forma directa o, en su defecto, haciendo uso de los mecanismos alternativos de solución de conflictos como la conciliación, la mediación, arreglo directo o demás previstos en la ley, dentro de los treinta (30) días siguientes contados a partir del surgimiento del conflicto. En caso de no darse fórmula de arreglo, para todos los efectos se entenderá que el Acuerdo se da por terminado de común acuerdo y se elaborará acta de terminación

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA. CESIÓN. LAS PARTES no podrá ceder o transferir sus derechos u obligaciones adquiridas en este acuerdo, sin el consentimiento previo y escrito de la otra PARTE.

CLÁUSULA VIGÉSIMA. DURACIÓN DEL ACUERDO. El presente ACUERDO tendrá una duración de tres (3) años contados a partir su suscripción. Este plazo podrá ser prorrogado por acuerdo entre las partes, mediante documento debidamente suscrito dentro de los sesenta (60) días calendario anteriores a su vencimiento.

PARÁGRAFO: La PARTE RECEPTORA se obliga a mantener la confidencialidad de la información revelada en virtud del presente Acuerdo por término indefinido, salvo que las partes acuerden expresamente por escrito un plazo de vigencia diferente.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN. El presente Acuerdo requiere para su perfeccionamiento y ejecución la firma de las partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – COMUNICACIONES. Cualquier comunicación que deba realizarse entre LAS PARTES en relación con este Acuerdo podrá ser entregada personalmente, enviada por correo certificado o transmitida por correo electrónico.

Toda comunicación deberá dirigirse a los siguientes representantes designados y se considerará debidamente entregada únicamente cuando se reciba confirmación de su recepción por parte del destinatario:

Para [Nombre de la Entidad]:SENA
• Nombre del Representante: Norman Carrillo Ramírez
• Cargo: Subdirector(E) (CSET)
• Correo Electrónico: ncarrillor@sena.edu.co

Para [Nombre de la Persona natural]:

• Nombre: Carmenza Duran Rey
• Cargo: Instructora
• Correo Electrónico: cduranr@sena.edu.co

Cualquier modificación en los datos de contacto aquí consignados deberá ser notificada por escrito a la otra PARTE y solo surtirá efectos a partir de la recepción de dicha notificación. El cambio en cualquiera de los datos de las partes, indicados anteriormente, deberá ser notificado con quince (15) días de anticipación en la forma establecida en esta cláusula.

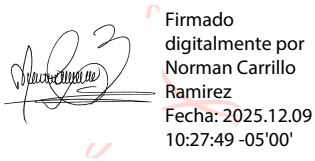
Se entenderá que una comunicación ha sido debidamente entregada y recibida en los siguientes casos:

(i) Si se entrega personalmente, en el momento de su recepción por el destinatario.
(ii) Si se envía por correo certificado, en la fecha de entrega a la dirección indicada.
(iii) Si se envía por correo electrónico, en el momento del despacho a la dirección de correo electrónico correcta, siempre que se haya recibido confirmación de recepción electrónica u otra evidencia de entrega.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA. MANIFESTACIÓN. LAS PARTES manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que, en consecuencia, se

obligan a todo lo ordenado y manifestado. Para constancia se firma en la ciudad de Bucaramanga. el día 30 de noviembre de 2025.

Firma Persona natural



Firma representante SENA

Control de Cambios

VERSION	FECHA DE ENTRADA EN VIGENTE	NATURALEZA DEL CAMBIO
1	Mayo de 2025	Creación del formato