Sensalud EPS

LA SUSCRITA CONTADORA PUBLICA DE LA EMPRESA SENSALUD INTEGRAL S.A.S

NIT: 901.162.269-7

CERTIFICA QUE:

Cumplió en forma oportuna y completa con los aportes y demás obligaciones legales que le correspondieron hasta el día 31 de diciembre del año 2022 respecto del Sistema de Seguridad Social, en cuanto a salud, pensiones, riesgos laborales, aportes del Servicio Nacional de Aprendizaje, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar y actualmente la empresa se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes, igualmente se aclara que a la fecha la empresa no tiene vinculación de personal cuya contratación sea de nómina y prestaciones sociales; p o r lo tanto, no hay pagos de dichos aportes.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y demás normas concordantes.

Dada a los dos (10) días de Diciembre de 2025.

Angelica Pinzón M.

Angelica Maria Pinzón Mendoza
Contador.T.P. 95407
C.c 1.072.421685

RL



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUIP 1.072.421.685
PINZON MENDOZA

APELLIDOS

ANGELICA MARIA

NOMBRES

Angelica Pinzon

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-FEB-1987
LA MESA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

07-JUL-2006 LA MESA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00169181-F-1072421685-20090813 0014927608A 1 29454829

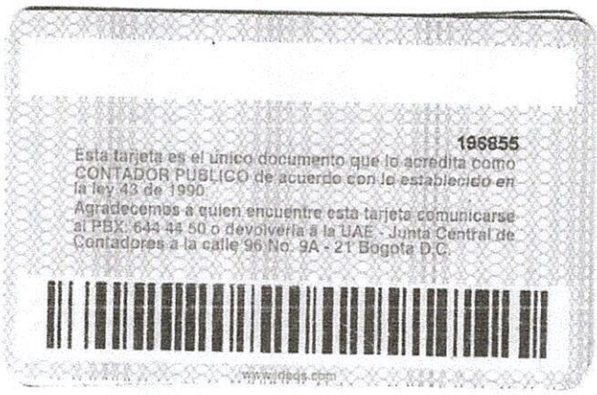


República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

195407-T

ANGELICA MARIA
PINZON MENDOZA
C.C. 1072421685
RESOLUCION INSCRIPCION 1422 FECHA 15/10/2014
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE COLOMBIA

DIRECTOR GENERAL
JULIO CESAR AGUÑA GONZALEZ 207355



196855

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX. 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

F0E2BA5817C3DB2F

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **ANGELICA MARIA PINZON MENDOZA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1072421685 de LA MESA (CUNDINAMARCA) Y Tarjeta Profesional No 195407-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

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

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 5 días del mes de Noviembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

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

San Antonio del Tequendama, diciembre 2025

Señor
José Aníbal Manrique Arévalo

Alcalde San Antonio del Tequendama

Cundinamarca

Asunto: Presentación de profesionales responsables de la realización de exámenes ocupacionales

Cordial saludo.

Por medio de la presente, nos permitimos realizar la presentación formal de los profesionales de la salud ocupacional que llevaron a cabo la ejecución de los exámenes médicos ocupacionales al personal vinculado a la Administración Municipal de San Antonio del Tequendama, en cumplimiento de la normatividad vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Los exámenes ocupacionales fueron desarrollados por un equipo interdisciplinario de profesionales idóneos, debidamente habilitados, con amplia experiencia en la valoración integral de la salud de los trabajadores, garantizando criterios de confidencialidad, ética profesional y calidad en la atención. Dicho proceso tuvo como finalidad evaluar las condiciones de salud en relación con los riesgos laborales, aportar a la prevención de enfermedades de origen ocupacional y fortalecer las acciones del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) del municipio.

A través de esta labor, se contribuye al bienestar físico y mental de los servidores públicos, así como al cumplimiento de las disposiciones legales establecidas por el Ministerio del Trabajo, promoviendo ambientes laborales seguros y saludables.

Agradecemos la disposición y el apoyo brindado por la Administración Municipal para el desarrollo de esta actividad, reiterando nuestro compromiso de continuar aportando al cuidado de la salud y la seguridad de los trabajadores del municipio.

NOMBRE	PROFESION
CESAR ALIRIO DIAZ	MEDICO LABORAL
DARIZ YOVANA VARGAS MORENO	OPTOMETRA
JENNYFER RESTREPO BLANCO	FONOAUDIOLOGA
ANYI LORENA HERNANDEZ	PSICOLOGA

Atenta a sus comentarios, cordialmente:

ANYI LORENA HERNANDEZ SOLER
Gerente
Sensalud Integral IPS

Proyecto: Equipo SST
Reviso: Johanna Hernández Soler
Aprobó: Anyi Lorena Hernández Soler

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	1032480566	JENNYFER RESTREPO BLANCO	calle 6A 93D 67	7192463	jennyferrestrepo96@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		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	
2025-11	2025-11	I	15/12/2025	91967258	$673.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	290.000	0		0		0	0	0	0	290.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	371.200	0	0	0	0	0	0		371.200	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	12.200				12.200	0	0	12.200			122	12.200	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	290.000	290.000
Pensión	1	371.200	371.200
Riesgos Laborales	1	12.200	12.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	673.400	673.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032480566	JENNYFER RESTREPO BLANCO	calle 6A 93D 67	7192463	jennyferrestrepo96@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-11	2025-11	I	15/12/2025	91967258	$673.400

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
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
CC	1032480566	RESTREPO BLANCO JENNYFER	59	0			N																	230301	2.320.000	371.200	0	0	0	0	EPS005	2.320.000	290.000	14-23	2.320.000	1	12.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-12-15, 10:54:13 a.m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1076742835

Periodo Cotización 202511 **Periodo Servicio** 202511

PAGADA 2025-12-04 15:45:14.0

. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CESAR ALIRIO DIAZ BOJACA				
Documento	CC 79479515	**Dirección**	KM 2 VIA COTA CHIA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3143255106		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	SUCURSAL	**Total Afiliados**	1
Ciudad	COTA	**Departamento**	CUNDINAMARCA		
Representante Legal	CESAR ALIRIO DIAZ BOJACA	**Identificación**	CC 79479515		

I. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 79479515		Residente		Exonerado	S	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	01	00					DIAZ BOJACA CESAR ALIRIO	11001000 - 11		COTA

II. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	*	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF							Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	0	30	30	0		F	$ 1.423.500						$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	EPS017		12.5 %	$ 1.423.5000	$ 177.950	$ 0	14-11	1	0.522 %	$ 1.423.500	$ 7.450		0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

V.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
NINGUNA AFP	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 0	$ 0	$ 0	$ 177.950	$ 7.450	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.400

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	808003961-8	OPTICA TEQUENDAMA SAS	CALLE 7 # 20-13	6018976826	info@opticatequendama.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		CUNDINAMARCA	LA MESA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-11	E	10/12/2025	92142091	$2.053.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	274.000	0		0		0	0	0	0	274.000	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	61.000	0		0		0	0	0	0	61.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	243.800	0	0	0	0	0	0		243.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.095.600	0	0	0	0	0	0		1.095.600	2

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	43.900				43.900	0	0	43.900			439	43.900	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	335.000	0	0	335.000	3

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	2	335.000	335.000
Pensión	2	1.339.400	1.339.400
Riesgos Laborales	1	43.900	43.900
CCF	1	335.000	335.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	2.053.300	2.053.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	808003961-8	OPTICA TEQUENDAMA SAS	CALLE 7 # 20-13	6018976826	info@opticatequendama.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		CUNDINAMARCA	LA MESA		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 3 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-12	2025-11	E	10/12/2025	92142091	$2.053.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1127958044	ALDANA GALINDO KEYLA NAYROBI	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	1	7.500	CCF22	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
CC	20688491	DUARTE SANCHEZ PIEDAD CONSUELO	1	0			S																	230301	1.523.500	243.800	0	0	0	0	EPS017	1.523.500	61.000	14-23	1.523.500	1	8.000	CCF22	1.523.500	61.000	0	0	0	0	0
CC	52087361	VARGAS MORENO DARIZ YOVANA	1	0			S																	25-14	5.423.500	867.800	0	0	0	0	EPS008	5.423.500	217.000	14-23	5.423.500	1	28.400	CCF22	5.423.500	217.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Ventanilla 19/Dic/2025
Claudia M.
Semillero desarrollo Institucional

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

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EM
CC 1072430773	0	ANYI LORENA HERNANDEZ SOLER	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natur

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PA
25-386	VEREDA LAGUNAS	3114795677	ANYIHERNANDEZSM@GMAIL.COM	N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	
2025-11	2025-11	35480503	I	2025-11-26	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	581.600	

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
1	35480503	2025-12-17	Pagada

EMPLEADO					NOVEDADES															DÍAS				PENSIÓN					SALUD		
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Co
1	CC 1072430773	HERNANDEZ SOLER ANYI LORENA	1.423.500										X							0			30	30	0	30	PORVENIR-230301	1.880.000	300.800	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.880.000	235

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EM
CC 1072430773	0	ANYI LORENA HERNANDEZ SOLER	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natur

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PA
25-386	VEREDA LAGUNAS	3114795677	ANYIHERNANDEZSM@GMAIL.COM	N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	
2025-11	2025-11	35480503	I	2025-11-26	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	581.600	