DECLARACIÓN JURAMENTADA DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES (PERSONAS JURÍDICAS Y/O NATURALES)

Yo, **JULIAN DAVID CUERVO RAMIREZ** identificado con la C.C. Nro. 1.057.305.350 Expedida en Filadelfia – Caldas, en mi condición de Representante Legal de la **UNIÓN TEMPORAL HERMANO ADULTO MAYOR**, identificada con el Nit. Nro. **901932965-1**, certifico que actualmente no tengo empleados a cargo por lo que no se realiza pago de seguridad social y parafiscales (pensión, salud y riesgos profesionales) y (Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Caja de Compensación Familiar). Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y 23 de la Ley 1150 de 2007.

Yo, **LINDA ROCIO HUERTAS MARTINEZ**, identificada con la C.C. No. 52.881.426 expedida en Bogotá Cundinamarca y con Tarjeta Profesional No. 267031-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de CONTADORA de la **UNIÓN TEMPORAL HERMANO ADULTO MAYOR**, identificada con el Nit. No. **901932965-1**, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la entidad, certifico que actualmente la unión temporal no tiene empleados a cargo por lo que no se realiza pago de seguridad social y parafiscales. (pensión, salud, y riesgos profesionales) y (instituto colombiano de bienestar familiar ICBF, servicio nacional de aprendizaje SENA y caja de compensación familiar). Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y 23 de la Ley 1150 de 2007.

Expedido en Manizales a los veinte seis (26) días del mes de diciembre del año 2025.

JULIAN DAVID CUERVO RAMIREZ
C.C. Nro. 1.057.305.350 de Manizales
Representante Legal

LINDA ROCIO HUERTAS MARTINEZ
C.C. Nro. 52.881.426 de Bogotá, Cundinamarca
T.P. 267031-T de la J.C.C.
Contadora

Manizales – 26 de Diciembre de 2025

Señores:
UNIÓN TEMPORAL HERMANO ADULTO MAYOR (NIT. 901932965-)
Manizales-Caldas

REF: **CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE LEY 2010 DE 2019 – RENTAS DE TRABAJO.**

CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo **DANIELA SÁNCHEZ MONTOYA** con cédula de ciudadanía No. **1053848514** expedida en **MANIZALES, CALDAS** con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 2010 de 2019 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **"He contratado o vinculado 2 o más de 2 trabajadores asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos". (Parágrafo 2 art.383 E.T.)**

NO (X) SI()

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule 2 o más de 2 trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informar.

Cordialmente.

Daniela SM

Daniela Sánchez Montoya
Trabajadora Social Especialista
C.C 1053848514

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1053848514 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2025-12	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	0	227.800	0	227.800
Período salud:	2025-12	EPS010	800088702	EPS SURA	1	0	178.000	0	178.000
Planilla Nro.:	35812273 Tipo I	SINARP	0	SINARP	0	0	0	0	0
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2025-12-26	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	2037135056	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 405.800

AV Villas Juntos trabajando

WWW.AVVILLAS.COM.CO

Internas, Aval y otros Bancos

Empresa: UNION TEMPORAL HERMANO ADULTO
Tipo Identificación: Nit persona jurídica **No. Identificación:** 901932965
Generado por: JULIAN CUERVO RAMIREZ

A continuación el detalle de: Resultado - Transferir

Nro. Autorización		**Fecha de Emisión**	2025/12/26

Origen

Tipo Producto	Cuenta Ahorros		
Nombre Producto	AHO4876	**Nro. Producto**	*****4876
Fecha Transferencia	2025/12/26		

Destino

Valor Transferencia	$2,951,693.00
Nombre Destinatario	Daniela Sanchez
Tipo Identificación	Cédula de Ciudadanía
Nro. Identificación	1053848514
Entidad Financiera	Banco Caja Social
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros
Nro. Producto Destino	24046772307
Referencia / Nro. Factura	Nomina Mes de Diciembre
Información Adicional	N/A
Estado	Exitosa
Exonerar Transacción de GMF	No

Importante: Una vez finalizada esta transacción, por favor verifique el débito en la cuenta origen, antes de intentar realizarla nuevamente.

* La tarifa de esta transacción depende del acuerdo que tenga establecido con el Banco

Manizales– 26 de Diciembre de 2025

Señores:
UNIÓN TEMPORAL HERMANO ADULTO MAYOR (NIT. 901932965-1)
Manizales-Caldas

REF: **CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE LEY 2010 DE 2019 – RENTAS DE TRABAJO.**

CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo **CESAR WALNER RESTREPO BETANCUR** con cédula de ciudadanía No. **1.060.590.327** expedida en **SUPIA, CALDAS** con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 2010 de 2019 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **"He contratado o vinculado 2 o más de 2 trabajadores asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos". (Parágrafo 2 art.383 E.T.)**

NO (X) SI()

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule 2 o más de 2 trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informar.
Cordialmente.

CESAR WALNER RESTREPO BETANCUR
C.C 1.060.590.327

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CESAR WALNER RESTREPO BETANCUR
IDENTIFICACIÓN:	CC-1060590327
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	02
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	abril
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-12-30
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-01-08
FECHA DE PAGO:	2025-12-30
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-12
PERÍODO SALUD:	2025-12
NÚMERO PLANILLA:	35822405
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35822405
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.233.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 154.300	$ 154.300
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.233.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 197.400	$ 197.400
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.233.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.500	$ 6.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 358.200	$ 358.200

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/02/2026

AV Villas Juntos trabajando

WWW.AVVILLAS.COM.CO

Internas, Aval y otros Bancos

Empresa: UNION TEMPORAL HERMANO ADULTO
Tipo Identificación: Nit persona jurídica **No. Identificación:** 901932965
Generado por: JULIAN CUERVO RAMIREZ

A continuación el detalle de: Resultado - Transferir

Nro. Autorización		**Fecha de Emisión**	2025/12/26

Origen

Tipo Producto	Cuenta Ahorros		
Nombre Producto	AHO4876	**Nro. Producto**	*****4876
Fecha Transferencia	2025/12/26		

Destino

Valor Transferencia	$1,473,333.00
Nombre Destinatario	Cesar Restrepo
Tipo Identificación	Cédula de Ciudadanía
Nro. Identificación	1060590327
Entidad Financiera	Bancolombia
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros
Nro. Producto Destino	27052738186
Referencia / Nro. Factura	Nomina mes de Diciembre
Información Adicional	N/A
Estado	Exitosa
Exonerar Transacción de GMF	No

Importante: Una vez finalizada esta transacción, por favor verifique el débito en la cuenta origen, antes de intentar realizarla nuevamente.

* La tarifa de esta transacción depende del acuerdo que tenga establecido con el Banco

Manizales – 26 de Diciembre de 2025

Señores:
UNIÓN TEMPORAL HERMANO ADULTO MAYOR (NIT. 901932965-1)
Manizales-Caldas

REF: **CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE LEY 2010 DE 2019 – RENTAS DE TRABAJO.**

CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo **DIANA MARCELA ZAPATA PALACIOS** con cédula de ciudadanía No. **30.325.700** expedida en **MANIZALES** con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 2010 de 2019 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **"He contratado o vinculado 2 o más de 2 trabajadores asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos". (Parágrafo 2 art.383 E.T.)**

NO (X) SI()

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule 2 o más de 2 trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informar.
Cordialmente.

Diana Marcela Zapata

DIANA MARCELA ZAPATA PALACIOS
C.C 30.325.700

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	DIANA MARCELA ZAPATA PALACIOS
IDENTIFICACIÓN:	CC-30325700
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-12-25
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-01-05
FECHA DE PAGO:	2025-12-26
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-12
PERÍODO SALUD:	2025-12
NÚMERO PLANILLA:	35513997
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35513997
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800088702	EPS SURA	1	$ 2.400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300.000	$ 300.000
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 2.400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 384.000	$ 384.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 2.400.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 58.500	$ 58.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 742.500	$ 742.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	03/02/2026

Manizales– 26 de Diciembre de 2025

Señores:
UNIÓN TEMPORAL HERMANO ADULTO MAYOR (NIT. 901932965-1)
Manizales-Caldas

REF: **CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE LEY 2010 DE 2019 – RENTAS DE TRABAJO.**

CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo **ALBA YANETH OROZCO ROMERO** con cédula de ciudadanía No. **30.305.235** expedida en **MANIZALES, CALDAS** con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 2010 de 2019 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **"He contratado o vinculado 2 o más de 2 trabajadores asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos". (Parágrafo 2 art.383 E.T.)**

NO (X) SI()

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule 2 o más de 2 trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informar.

Cordialmente.

Yaneth Oroco

ALBA YANETH OROZCO ROMERO
C.C 30.305.235

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ALBA YANETH OROZCO ROMERO
IDENTIFICACIÓN:	CC-30305235
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-12-30
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-01-09
FECHA DE PAGO:	2025-12-30
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-12
PERÍODO SALUD:	2025-12
NÚMERO PLANILLA:	35818332
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35818332
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	$ 1.233.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 154.300	$ 154.300
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.233.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 197.400	$ 197.400
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.233.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.500	$ 6.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 358.200	$ 358.200

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: 09/02/2026

AV Villas Juntos trabajando

WWW.AVVILLAS.COM.CO

Internas, Aval y otros Bancos

Empresa: UNION TEMPORAL HERMANO ADULTO
Tipo Identificación: Nit persona jurídica **No. Identificación:** 901932965
Generado por: JULIAN CUERVO RAMIREZ

A continuación el detalle de: Resultado - Transferir

Nro. Autorización		**Fecha de Emisión**	2025/12/26

Origen

Tipo Producto	Cuenta Ahorros		
Nombre Producto	AHO4876	**Nro. Producto**	*****4876
Fecha Transferencia	2025/12/26		

Destino

Valor Transferencia	$1,733,333.00
Nombre Destinatario	ALBA YANETH OROZCO R
Tipo Identificación	Cédula de Ciudadanía
Nro. Identificación	30305235
Entidad Financiera	Banco AV Villas
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros
Nro. Producto Destino	353839215
Referencia / Nro. Factura	Nomina Mes de Diciembre
Información Adicional	N/A
Estado	Exitosa
Exonerar Transacción de GMF	No

Importante: Una vez finalizada esta transacción, por favor verifique el débito en la cuenta origen, antes de intentar realizarla nuevamente.

* La tarifa de esta transacción depende del acuerdo que tenga establecido con el Banco

Manizales– 26 de diciembre de 2025

Señores:
UNIÓN TEMPORAL HERMANO ADULTO MAYOR (NIT. 901932965-)
Manizales-Caldas

REF: **CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE LEY 2010 DE 2019 – RENTAS DE TRABAJO.**

CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo **María Camila Orozco Osorio** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.007.232.193** expedida en **Manizales** con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 2010 de 2019 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **"He contratado o vinculado 2 o más de 2 trabajadores asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos". (Parágrafo 2 art.383 E.T.)**

NO (X) SI()

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule 2 o más de 2 trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informar.
Cordialmente.

María Camila Orozco Osorio
C.C 1.007.232.193

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MARIA CAMILA OROZCO OSORIO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1007232193
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-12-18
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-01-23
FECHA DE PAGO:	2025-12-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2025-12
PERÍODO SALUD:	2025-12
NÚMERO PLANILLA:	8639381725
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8639381725
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800088702	EPS SURA	1	$ 1.233.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 154.300	$ 154.300
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.233.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 197.400	$ 197.400
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.233.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 30.100	$ 30.100
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 381.800	$ 381.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: 15/02/2026

AV Villas Juntos trabajando

WWW.AVVILLAS.COM.CO

Internas, Aval y otros Bancos

Empresa: UNION TEMPORAL HERMANO ADULTO
Tipo Identificación: Nit persona jurídica **No. Identificación:** 901932965
Generado por: JULIAN CUERVO RAMIREZ

A continuación el detalle de Resultado - Transferir

Nro. Autorización		**Fecha de Emisión**	2025/12/26

Origen

Tipo Producto	Cuenta Ahorros		
Nombre Producto	AHO4876	**Nro. Producto**	*****4876
Fecha Transferencia	2025/12/26		

Destino

Valor Transferencia	$2,080,000.00
Nombre Destinatario	Maria Camila Orozco
Tipo Identificación	Cédula de Ciudadanía
Nro. Identificación	1007232193
Entidad Financiera	Bancolombia
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros
Nro. Producto Destino	5900007407
Referencia / Nro. Factura	Nomina Mes de Diciembre
Información Adicional	N/A
Estado	Exitosa
Exonerar Transacción de GMF	No

Importante: Una vez finalizada esta transacción, por favor verifique el débito en la cuenta origen, antes de intentar realizarla nuevamente.

* La tarifa de esta transacción depende del acuerdo que tenga establecido con el Banco

Manizales– 26 de Diciembre de 2025

Señores:
UNIÓN TEMPORAL HERMANO ADULTO MAYOR (NIT. 901932965-)
Manizales-Caldas

REF: **CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE LEY 2010 DE 2019 – RENTAS DE TRABAJO.**

CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo **EVELIN JULIETH GARCÍA GUTIÉRREZ** con cédula de ciudadanía No. **1004.843.806** expedida en **NEIRA, CALDAS** con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 2010 de 2019 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **"He contratado o vinculado 2 o más de 2 trabajadores asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos". (Parágrafo 2 art.383 E.T.)**

NO (X) SI()

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule 2 o más de 2 trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informar.

Evelin Julieth García Gutiérrez
Trabajadora Social

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1004843806	0	EVELIN JULIETH GARCIA GUTIERREZ	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
17-486	CALLE 8 5 45		3225491403			EVELIN.JULIETH16@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-12	2025-12	8638941639	I	2025-12-10	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	413.300	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8636374663	2026-01-05	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot	Cot.	Cot.	Cot	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total		
1	CC 1004843806	GARCIA GUTIERREZ EVELIN JULIETH	1.423.500																		0		30	30	0	30	COLPENSION ES-25-14	1.423.500	227.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	1.423.500	178.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.423.500	7.500	0,00522	0	0	0	0	0	57	0	413.300	N	0

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1004843806	0	EVELIN JULIETH GARCIA GUTIERREZ	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
17-486	CALLE 8 5 45		3225491403			EVELIN.JULIETH16@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-12	2025-12	8638941639	I	2025-12-10	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	413.300	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8636374663	2026-01-05	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.423.500	1.423.500	1.423.500	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	227.800	0	0	0	227.800
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	227.800	0	0	0	227.800
EPS(Administradoras: 1)				1	178.000	0	0	0	178.000
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	EPS041	900156264	2	1	178.000	0	0	0	178.000
ARP(Administradoras: 1)				1	7.500	0	0	0	7.500
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	7.500	0	0	0	7.500
Gran Total					413.300	0	0	0	413.300

AV Villas Juntos trabajando

WWW.AVVILLAS.COM.CO

Internas, Aval y otros Bancos

Empresa:	**UNION TEMPORAL HERMANO ADULTO**		
Tipo Identificación:	**Nit persona jurídica**	**No. Identificación:**	**901932965**
Generado por:	**JULIAN CUERVO RAMIREZ**		

A continuación el detalle de: Resultado - Transferir

Origen

Fecha de Emisión	2025/12/26		
Tipo Producto	Cuenta Ahorros		
Nombre Producto	AHO4793	**Nro. Producto**	*****4876
Fecha Transferencia	2025/12/26		

Destino

Valor Transferencia	$2,080,000.00
Nombre Destinatario	Evelin Garcia
Tipo Identificación	Cédula de Ciudadanía
Nro. Identificación	1004843806
Entidad Financiera	Banco Davivienda
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros
Nro. Producto Destino	488452771469
Referencia / Nro. Factura	Nomina Diciembre
Información Adicional	N/A
Estado	Exitosa
Exonerar Transacción de GMF	No

Importante: Una vez finalizada esta transacción, por favor verifique el débito en la cuenta origen, antes de intentar realizarla nuevamente.

* La tarifa de esta transacción depende del acuerdo que tenga establecido con el Banco

Manizales– 26 de Diciembre de 2025

Señores:
UNIÓN TEMPORAL HERMANO ADULTO MAYOR (NIT. 901932965-1)
Manizales-Caldas

REF: **CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE LEY 2010 DE 2019 – RENTAS DE TRABAJO.**

CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo **Natalia Montoya García** con cédula de ciudadanía No. **30.237.388,** con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 2010 de 2019 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **"He contratado o vinculado 2 o más de 2 trabajadores asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos". (Parágrafo 2 art.383 E.T.)**

NO (X) SI()

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule 2 o más de 2 trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informar.
Cordialmente.

Natalia Montoya G

Natalia Montoya García
C.C **30.237.388**

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	30237388	NATALIA MONTOYA GARCIA	Carrera 22 32-10	6068888888	cfrvalencia@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CALDAS	MANIZALES		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	
2025-12	2025-12	I	30/12/2025	92667893	$358.200	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	154.300	0		0		0	0	0	0	154.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	197.400	0	0	0	0	0	0		197.400	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	6.500				6.500	0	0	6.500			65	6.500	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	154.300	154.300
Pensión	1	197.400	197.400
Riesgos Laborales	1	6.500	6.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	358.200	358.200

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	30237388	NATALIA MONTOYA GARCIA	Carrera 22 32-10	6068888888	cfrvalencia@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CALDAS	MANIZALES		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/ANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	30/12/2025	92667893	$358.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colpensa	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	30237388	MONTOYA GARCIA NATALIA	59	0			N	X																230301	1.233.700	197.400	0	0	0	0	EPS037	1.233.700	154.300	14-23	1.233.700	1	6.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

AV Villas Juntos trabajando

WWW.AVVILLAS.COM.CO

Internas, Aval y otros Bancos

Empresa: UNION TEMPORAL HERMANO ADULTO
Tipo Identificación: Nit persona jurídica **No. Identificación:** 901932965
Generado por: JULIAN CUERVO RAMIREZ

A continuación el detalle del Resultado - Transferir

Nro. Autorización		**Fecha de Emisión**	2025/12/26

Origen

Tipo Producto	Cuenta Ahorros		
Nombre Producto	AHO4876	**Nro. Producto**	*****4876
Fecha Transferencia	2025/12/26		

Destino

Valor Transferencia	$1,820,000.00
Nombre Destinatario	Ntalia Montoya
Tipo Identificación	Cédula de Ciudadanía
Nro. Identificación	30237388
Entidad Financiera	Banco Nequi
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros
Nro. Producto Destino	3104547917
Referencia / Nro. Factura	Nomina Mes de Diciembre
Información Adicional	N/A
Estado	Exitosa
Exonerar Transacción de GMF	No

Importante: Una vez finalizada esta transacción, por favor verifique el débito en la cuenta origen, antes de intentar realizarla nuevamente.

* La tarifa de esta transacción depende del acuerdo que tenga establecido con el Banco

Manizales – 26 de Diciembre de 2025

Señores:
UNIÓN TEMPORAL HERMANO ADULTO MAYOR (NIT. 901932965-)
Manizales-Caldas

REF: **CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE LEY 2010 DE 2019 – RENTAS DE TRABAJO.**

CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo **Luisa Fernanda Ossa Villada** con cédula de ciudadanía No. **1.054.989854,** con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 2010 de 2019 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **"He contratado o vinculado 2 o más de 2 trabajadores asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos". (Parágrafo 2 art.383 E.T.)**

NO (X) SI()

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule 2 o más de 2 trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informar.
Cordialmente.

Luisa Fernanda Ossa Villada

Luisa Fernanda Ossa Villada
C.C **1.054.989854**

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	1054989854	LUISA FERNANDA OSSA VILLADA	Calle 15 24-52	606888888	cfrvalencia@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CALDAS	MANIZALES		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	30/12/2025	92713587	$358.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	154.300	0		0		0	0	0	0	154.300	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	197.400	0	0	0	0	0	0		197.400	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	6.500				6.500	0	0	6.500			65	6.500	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	154.300	154.300
Pensión	1	197.400	197.400
Riesgos Laborales	1	6.500	6.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	358.200	358.200

Este documento esta 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	1054989854	LUISA FERNANDA OSSA VILLADA	Calle 15 24-52	606888888	cfrvalencia@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CALDAS	MANIZALES		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	
2025-12	2025-12	I	30/12/2025	92713587	$358.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colegiatura	Suplidos	Extranjero	Colomb. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1054989854	OSSA VILLADA LUISA FERNANDA	59	0			N	X																230201	1,233,700	197,400	0	0	0	0	EPS002	1,233,700	154,300	14-23	1,233,700	1	6,500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

AV Villas Juntos trabajando

WWW.AVVILLAS.COM.CO

Internas, Aval y otros Bancos

Empresa: UNION TEMPORAL HERMANO ADULTO
Tipo Identificación: Nit persona jurídica **No. Identificación:** 901932965
Generado por: JULIAN CUERVO RAMIREZ

A continuación el detalle del Resultado - Transferir

Nro. Autorización		**Fecha de Emisión**	2025/12/26

Origen

Tipo Producto	Cuenta Ahorros		
Nombre Producto	AHO4876	**Nro. Producto**	*****4876
Fecha Transferencia	2025/12/26		

Destino

Valor Transferencia	$1,820,000.00
Nombre Destinatario	Luisa Ossa
Tipo Identificación	Cédula de Ciudadanía
Nro. Identificación	1054989854
Entidad Financiera	Bancolombia
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros
Nro. Producto Destino	05900010907
Referencia / Nro. Factura	Nomina mes de Diciembre
Información Adicional	N/A
Estado	Exitosa
Exonerar Transacción de GMF	No

Importante: Una vez finalizada esta transacción, por favor verifique el débito en la cuenta origen, antes de intentar realizarla nuevamente.

* La tarifa de esta transacción depende del acuerdo que tenga establecido con el Banco

Manizales– 26 de diciembre de 2025

Señores:
UNIÓN TEMPORAL HERMANO ADULTO MAYOR (NIT. 901932965-1)
Manizales-Caldas

REF: **CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE LEY 2010 DE 2019 – RENTAS DE TRABAJO.**

CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo **Johan Sebastián Ramírez Atehortua** identificado con cédula de ciudadanía No. **1053780806** expedida en Manizales con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 2010 de 2019 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **"He contratado o vinculado 2 o más de 2 trabajadores asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos". (Parágrafo 2 art.383 E.T.)**

NO (X)SI()

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule 2 o más de 2 trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informar.
Cordialmente.



Johan Sebastián Ramírez Atehortua
C.C 1053780806

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1053780806
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOHAN SEBASTIAN RAMIREZ ATEHORTUA
CIUDAD/MUNICIPIO:	MANIZALES	DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CRA 41 # 71 A 19	TELÉFONO:	8960651
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Enseñanza deportiva y recreativa.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	003 - FUNCOPAO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7997032327**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/12/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2038848838

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
	X															

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 197.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 197.400**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 154.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 154.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 30.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 30.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 381.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 381.800**

Manizales– 26 de Diciembre de 2025

Señores:
UNIÓN TEMPORAL HERMANO ADULTO MAYOR (NIT. 901932965-)
Manizales-Caldas

REF: **CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE LEY 2010 DE 2019 – RENTAS DE TRABAJO.**

CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo **Gloria Liliana Lopez Lopez identificado** con cédula de ciudadanía No. **1053820603** expedida en **Manizales** con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 2010 de 2019 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **"He contratado o vinculado 2 o más de 2 trabajadores asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos". (Parágrafo 2 art.383 E.T.)**

NO (X) SI()

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule 2 o más de 2 trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informar.
Cordialmente.

Liliana lopez

Liliana Lopez
C.C 1053820603

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1053820603	0	GLORIA LILIANA LOPEZ LOPEZ	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
17-1	CLL 9 B N 1 B 19 APT 202 A		1234567		LILIANA_LL2012@OUTLOOK.ES			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-12	2025-12	35613913	I	2025-12-29	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	405.800	0	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	35613913	2026-01-05	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.			
1	CC 1053820603	LOPEZ LOPEZ GLORIA LILIANA	1.423.500																		0		30	30	0	0	PORVENIR-230301	1.423.500	227.800	0	0	EPS SURA-EPS010	1.423.500	178.000	NIN CCF-SINCCF	0	0	0	0	0,00000	0	0	0	0	0	03	0	405.800	N	0

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1053820603	0	GLORIA LILIANA LOPEZ LOPEZ	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
17-1	CLL 9 B N 1 B 19 APT 202 A		1234567		LILIANA_LL2012@OUTLOOK.ES			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-12	2025-12	35613913	I	2025-12-29	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	405.800	0	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	35613913	2026-01-05	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.423.500	1.423.500	0	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	227.800	0	0	0	227.800
PORVENIR	230301	800224808	8	1	227.800	0	0	0	227.800
EPS(Administradoras: 1)				1	178.000	0	0	0	178.000
EPS SURA	EPS010	800088702	2	1	178.000	0	0	0	178.000
Gran Total					405.800	0	0	0	405.800

AV Villas Juntos trabajando

WWW.AVVILLAS.COM.CO

Internas, Aval y otros Bancos

Empresa: UNION TEMPORAL HERMANO ADULTO
Tipo Identificación: Nit persona jurídica **No. Identificación:** 901932965
Generado por: JULIAN CUERVO RAMIREZ

A continuación el detalle de: Resultado - Transferir

Nro. Autorización		**Fecha de Emisión**	2025/12/26

Origen

Tipo Producto	Cuenta Ahorros		
Nombre Producto	AHO4876	**Nro. Producto**	*****4876
Fecha Transferencia	2025/12/26		

Destino

Valor Transferencia	$2,080,000.00
Nombre Destinatario	Gloria Liliana Lopez
Tipo Identificación	Cédula de Ciudadanía
Nro. Identificación	1053820603
Entidad Financiera	Bancolombia
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros
Nro. Producto Destino	91200033987
Referencia / Nro. Factura	Nomina Mes de Diciembre
Información Adicional	N/A
Estado	Exitosa
Exonerar Transacción de GMF	No

Importante: Una vez finalizada esta transacción, por favor verifique el débito en la cuenta origen, antes de intentar realizarla nuevamente.

* La tarifa de esta transacción depende del acuerdo que tenga establecido con el Banco

Manizales– 26 de diciembre 2025

Señores:
UNIÓN TEMPORAL HERMANO ADULTO MAYOR (NIT. 901932965-)
Manizales-Caldas

REF: **CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE LEY 2010 DE 2019 – RENTAS DE TRABAJO.**

CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo **Juanita Arenas Castro identificado** con cédula de ciudadanía No. **1.060.657.071** expedida en **Villamaria, Caldas** con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 2010 de 2019 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **"He contratado o vinculado 2 o más de 2 trabajadores asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos". (Parágrafo 2 art.383 E.T.)**

NO (X) SI()

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule 2 o más de 2 trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informar.
Cordialmente.

Juanita Arenas Castro
C.C 1.060.657.071

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1060657071	0	JUANITA ARENAS CASTRO	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	2393	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
17-1	CRA 11 10 A 34		3147530374			JUANITAARENASCAS13@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-12	2025-12	35774983	I	2025-12-19	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	420.700	0	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	35774983	2026-01-20	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.			
1	CC 1060657071	ARENAS CASTRO JUANITA	1.423.500																0			30	30	0	30	PROTECCION -230201	1.423.500	227.800	0		SALUD TOTAL - EPS002	1.423.500	178.000	SIN CCF - SINCCF	0	0	1.423.500	14.900	0,01044	0	0	0	0	0	59	0	420.700	N	3239601

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1060657071	0	JUANITA ARENAS CASTRO	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	2393	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
17-1	CRA 11 10 A 34		3147530374			JUANITAARENASCAS13@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-12	2025-12	35774983	I	2025-12-19	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	420.700	0	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	35774983	2026-01-20	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.423.500	1.423.500	1.423.500	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	227.800	0	0	0	227.800
PROTECCION	230201	800229739	0	1	227.800	0	0	0	227.800
EPS(Administradoras: 1)				1	178.000	0	0	0	178.000
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	1	178.000	0	0	0	178.000
ARP(Administradoras: 1)				1	14.900	0	0	0	14.900
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	14.900	0	0	0	14.900
Gran Total					420.700	0	0	0	420.700

AV Villas Juntos trabajando

WWW.AVVILLAS.COM.CO

Internas, Aval y otros Bancos

Empresa: UNION TEMPORAL HERMANO ADULTO
Tipo Identificación: Nit persona jurídica **No. Identificación:** 901932965
Generado por: JULIAN CUERVO RAMIREZ

A continuación el detalle del Resultado - Transferir

Nro. Autorización		**Fecha de Emisión**	2025/12/26

Origen

Tipo Producto	Cuenta Ahorros		
Nombre Producto	AHO4876	**Nro. Producto**	*****4876
Fecha Transferencia	2025/12/26		

Destino

Valor Transferencia	$2,080,000.00
Nombre Destinatario	JUANITA ARENAS
Tipo Identificación	Cédula de Ciudadanía
Nro. Identificación	1060657071
Entidad Financiera	Bancolombia
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros
Nro. Producto Destino	05900002603
Referencia / Nro. Factura	Nomina Mes de Diciembre
Información Adicional	N/A
Estado	Exitosa
Exonerar Transacción de GMF	No

Importante: Una vez finalizada esta transacción, por favor verifique el débito en la cuenta origen, antes de intentar realizarla nuevamente.

* La tarifa de esta transacción depende del acuerdo que tenga establecido con el Banco

Manizales– 26 de diciembre 2025

Señores:
UNIÓN TEMPORAL HERMANO ADULTO MAYOR (NIT. 901932965-)
Manizales-Caldas

REF: **CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE LEY 2010 DE 2019 – RENTAS DE TRABAJO.**

CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo **Juanita Arenas Castro identificado** con cédula de ciudadanía No. **1.060.657.071** expedida en **Villamaria, Caldas** con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 2010 de 2019 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **"He contratado o vinculado 2 o más de 2 trabajadores asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos". (Parágrafo 2 art.383 E.T.)**

NO (X) SI()

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule 2 o más de 2 trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informar.
Cordialmente.

Juanita Arenas Castro
C.C 1.060.657.071

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1060657071	0	JUANITA ARENAS CASTRO	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	2393	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
17-1	CRA 11 10 A 34		3147530374		JUANITAARENASCAS13@GMAIL.COM			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-12	2025-12	35774983	I	2025-12-19	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	420.700	0	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	35774983	2026-01-20	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN						SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 1060657071	ARENAS CASTRO JUANITA	1.423.500																	0			30	30	0	30	PROTECCION-230201	1.423.500	227.800	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	1.423.500	178.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.423.500	14.900	0,01044	0	0	0	0	0	59	0	420.700	N	3239601

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1060657071	0	JUANITA ARENAS CASTRO	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	2393	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
17-1	CRA 11 10 A 34		3147530374		JUANITAARENASCAS13@GMAIL.COM			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-12	2025-12	35774983	I	2025-12-19	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	420.700	0	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	35774983	2026-01-20	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.423.500	1.423.500	1.423.500	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	227.800	0	0	0	227.800
PROTECCION	230201	800229739	0	1	227.800	0	0	0	227.800
EPS(Administradoras: 1)				1	178.000	0	0	0	178.000
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	1	178.000	0	0	0	178.000
ARP(Administradoras: 1)				1	14.900	0	0	0	14.900
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	14.900	0	0	0	14.900
Gran Total					420.700	0	0	0	420.700

Manizales – 26 de Diciembre de 2025

Señores:
UNIÓN TEMPORAL HERMANO ADULTO MAYOR (NIT. 901932965-1)
Manizales-Caldas

REF: **CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE LEY 2010 DE 2019 – RENTAS DE TRABAJO.**

CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo **Blanca Doris Hernández Valencia** con cédula de ciudadanía No. **30.399.082** expedida en **MANIZALES, CALDAS** con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 2010 de 2019 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **"He contratado o vinculado 2 o más de 2 trabajadores asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos". (Parágrafo 2 art.383 E.T.)**

NO (X) SI()

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule 2 o más de 2 trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informar.

Cordialmente.

BLANCA DORIS HERNANDEZ VALENCIA
C.C 30.399.082

Enlace

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 30399082		HERNANDEZ VALENCIA BLANCA DORIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 66 CR 38-08	MANIZALES-CALDAS	8912345	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1918806592	9495536507	I	2025/12/19	2025/11/27	BANCOLOMBIA	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	Ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	30399082	HERNANDEZ VALENCIA BLANCA DORIS	X																	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS010	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-25	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0	No	$413,300
Total	Afiliados(1)																					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0		$413,300

USO OFICIAL - ALCALDÍA DE MANIZALES

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 30399082		HERNANDEZ VALENCIA BLANCA DORIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 66 CR 38-08	MANIZALES-CALDAS	8912345	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1918806592	9495536507	I	2025/12/19	2025/11/27	BANCOLOMBIA	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$7,500
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$7,500	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$178,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$178,000	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$413,300

USO OFICIAL - ALCALDÍA DE MANIZALES

AV Villas Juntos trabajando

WWW.AVVILLAS.COM.CO

Internas, Aval y otros Bancos

Empresa: UNION TEMPORAL HERMANO ADULTO
Tipo Identificación: Nit persona jurídica **No. Identificación:** 901932965
Generado por: JULIAN CUERVO RAMIREZ

A continuación el detalle de: Resultado - Transferir

Nro. Autorización		**Fecha de Emisión**	2025/12/26

Origen

Tipo Producto	Cuenta Ahorros		
Nombre Producto	AHO4876	**Nro. Producto**	*****4876
Fecha Transferencia	2025/12/26		

Destino

Valor Transferencia	$1.733,333.00
Nombre Destinatario	Blnaca Hernandez
Tipo Identificación	Cédula de Ciudadanía
Nro. Identificación	30399082
Entidad Financiera	Banco BBVA
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros
Nro. Producto Destino	0638003122
Referencia / Nro. Factura	Nomina Mes de Diciembre
Información Adicional	N/A
Estado	Exitosa
Exonerar Transacción de GMF	No

Importante: Una vez finalizada esta transacción, por favor verifique el débito en la cuenta origen, antes de intentar realizarla nuevamente.

* La tarifa de esta transacción depende del acuerdo que tenga establecido con el Banco