Asociacion Profesionales de Colombia

830.107.985-1

Relacion de gastos

Eih Kennedy

Talento Humano Contrato 11007062025

Mes Diciembre Fase de Cierre 2025

PROVEEDOR	TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PROVEEDOR	CARGO	SOPORTE	DESCRIPCIÓN SOPORTE	COMPROBANTE DE EGRESO	RUBRO	VALOR TOTAL EJECUTADO	RETE ICA 9,66%	VALOR TOTAL PAGADO
Emilce Rojas Aguilar	Cc	52.278.676	Coordinadora	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 1.025.213	$ 9.904	$ 1.015.309
Joselito Rodriguez Galeano	Cc	1.116.916.542	Coordinador	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 1.025.212	$ 9.904	$ 1.015.308
Liliana Patricia Peña Salcedo	Cc	52.974.510	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 3.665.193	$ 35.406	$ 3.629.787
Sandra Yackeline Pinzon Salcedo	Cc	1.030.549.541	Agente Educativa Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 3.665.193	$ 35.406	$ 3.629.787
Yuri Alexandra Garcia Avila	Cc	1.032.378.513	Profesional Psicosocial	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 675.182	$ 6.522	$ 668.660
Laura Sofia Alarcon Arbelaez	Cc	1.000.794.222	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 675.182	$ 6.522	$ 668.660
Luz Amparo Florez Castro	Cc	1.010.201.231	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 3.928.763	$ 37.952	$ 3.890.811
Luz Marina Diaz Corredor	Cc	51.746.897	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 3.928.762	$ 37.952	$ 3.890.810
Carlos Lugo Gomez	Cc	1.023.963.411	Auxiliar Administrativo	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 1.309.588	$ 12.651	$ 1.296.937
TOTAL								$ 19.898.288	$ 192.217	$ 19.706.071

PRESUPUESTO	$ 19.898.288
DIFERENCIA	$ -

DAVIVIENDA

Bienvenido: Señor(a) ANA ROCIO QUIROZ MANRIQUE
NIT 8301079851 - ASOCIACION PROFESIONALES DE CO LOMBIA

lunes 22 de diciembre de 2025

Comprobante de Transferencia Nit Propio

La transacción ha sido realizada con éxito

Datos de la transferencia	
Fecha de proceso:	22/12/2025
Hora de proceso:	18:32
Origen de los Fondos	
Nombre Empresa:	ASOCIACION PROFESIONALES DE CO LOMBIA
Tipo de producto origen:	Cuenta de Ahorros
Número de producto origen:	XXXXXXXXXXX1541
Destino de los Fondos	
Tipo de producto destino:	Cuenta de Ahorros
Número de producto destino:	XXXXXXXXXXX6671
Detalle de la transferencia:	TALENTO HUMANO EIH
Valor:	$ 19.898.288,00
Referencia:	6800000000000001
Código Egreso:	680
Rubro Presupuestal - Tipo Servicio:	0000000000001
Resultado de la Transferencia	
Estado de la transferencia:	Transferencia Exitosa
Número de aprobación:	516271431
Fecha y Hora de Pago:	22/12/2025 18:45

Transacción sujeta a verificación

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: DICIEMBRE Día: 7 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 11

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON046

NOMBRE: EMILCE ROJAS AGUILAR
CEDULA: 52.278.676
CUENTA BANCARIA: 488456009437 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($1.025.213) UN MILLON VEINTICINCO MIL DOSCIENTOS TRECE PESOS M/CTE.
PERIODO: **FASE DE CIERRE DICIEMBRE 2025**

CONCEPTO: COORDINADORA – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia - Triunfadoras del contrato N. 11007062025.

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI ___ **NO**: X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia.
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($1.025.213) UN MILLON VEINTICINCO MIL DOSCIENTOS TRECE PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Eliana Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C. 52.278.676
DR. Cra. 73D #35 C 17 sur
Telefono: 3213231356 / emilcerojasts@gmail.com

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9619640872 DV: 345347
Cliente:113237 PLANTILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 10/12/2025 12:56:07
PAF: 992080
Nombre: emilce
Apellido 1: rojas
NUM PLANILLA: 8392204369
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 52706670
PERIODO: 202512
Referencia: 8392204369 Valor: $85.600.00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion
Para reclamaciones presente este recibo. Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): EMILCE ROJAS AGUILAR
No. Identificación: CC52278676
Dirección: KR 72 H 38 BIS 65 SUR
Telefono: 3213231356
Correo: EMILCEROJASTS@GMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8392204369

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	EMILCE ROJAS AGUILAR	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC52278676	**Periodo de Cotización Salud**	diciembre de 2025
Número de planilla	8392204369	**Periodo de Cotización Pensión**	diciembre de 2025
Fecha pago	2025-12-10	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	53382754	**Total Pagado**	85600
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	1600	1
230301	Porvenir	47200	1
EPS008	Compensar EPS	36800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52278676
APELLIDOS Y NOMBRES: EMILCE ROJAS AGUILAR

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO DE SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	294400	294400	294400	0	36800	0	47200	0	1600	0

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	52278676	EMILCE ROJAS AGUILAR		KR 72 H 38 BIS 65 SUR	3213231356	EMILCEROJAST5@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I		92204369	$85.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	36.800	0		0		0	0	0	0	36.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	47.200	0	0	0	0	0	0		47.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado/	Valor Saldo a	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
			Obligatoria	No. Autorización	Valor	Sistemas	Cotización	Mora	Cotización	Cotización	Saldo a Favor	Favor	Solidaridad		
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.600				1.600	0	0	1.600			16	1.600	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	36.800	36.800
Pensión	1	47.200	47.200
Riesgos Laborales	1	1.600	1.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	85.600	85.600

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	52278676	EMILCE ROJAS AGUILAR		KR 72 H 38 BIS 65 SUR	3213231356	EMILCEROJASTS@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I		92204389	$85.600	

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	Residente	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	SLN	IGE	LMA	VSP	VST	SLE	INT	ING	CONDICIÓN ESPECIAL	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	52278676	ROJAS AGUILAR EMILCE	59	0			N		X														230301	294.400	47.200	0	0	0	0	EPS008	294.400	36.800	14-11	294.400	1	1.600		0	0	0	0	0	0	0

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

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: DICIEMBRE Día: 07 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 7

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH PERIODISTAS-CON078

NOMBRE: JOSELITO RODRIGUEZ GALEANO
CEDULA: 1.116.916.542
CUENTA BANCARIA: 05500008300830273 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($1.025.212) UN MILLON VEINTICINCO MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE.
PERIODO: **FASE DE CIERRE DICIEMBRE 2025**

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVO – EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas del contrato N. 11007062025.

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI ___ **NO** X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia.
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($1.025.212) UN MILLON VEINTICINCO MIL DOSCIENTOS DOCE PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Eliana Andrea Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: JOSELITO RODRIGUEZ GALEANO
C.C. 1.116.916.542
DR. CL 27 BIS SUR NO 12 K 27 PI 1 GUSTAVO RESTREPO
Telefono: 3214862534 / Joselito.198863@gmail.com

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

¡Hola, Joselito Rodriguez Galeano !

Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 193.300

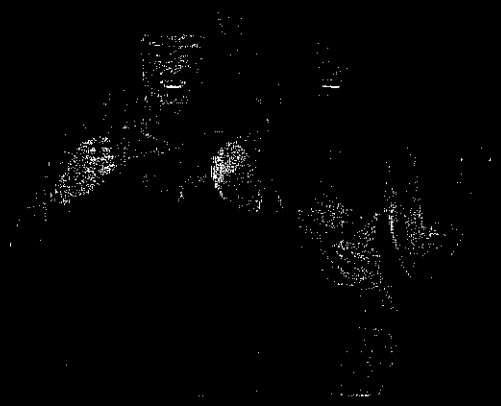
Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de 1 Planilla de aportes con clave: 94960743861

Fecha de la transacción: 09/12/2025

CUS: 19021417

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

Un servicio de ach

ACH Colombia Oficial

@ACHColombia_

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1116916542		RODRIGUEZ GALEANO JOSELITO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll97sur#4A-06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-12	2025-12	1992141357	9496074380	I	2026/01/13	2025/12/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$103,300	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO								
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior
1	CC	1116916542	RODRIGUEZ GALEANO JOSELITO	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No	

NOVEDADES																										
ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc	
		X	2025/12/07																							

Total Afiliados(1)

2025/12/09 10:11 a. m.

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1116916542		RODRIGUEZ GALEANO JOSELITO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll97sur#4A-06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	1992141357	9496074380	I	2026/01/13	2025/12/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$103,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$53,200	$0	$0	$53,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$53,200	$0	$0	$53,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,800	$0	$0	$1,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$1,800	$0	$0	$1,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,700	$0	$0	$6,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$6,700	$0	$0	$6,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$41,600	$0	$0	$41,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$41,600	$0	$0	$41,600
TOTAL				1	$103,300	$0	$0	$103,300

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: DICIEMBRE Día: 07 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 11

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON055

NOMBRE: LILIANA PATRICIA PEÑA SALCEDO
CEDULA: 52.974.510
CUENTA BANCARIA: 055048845621531 5 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($3.665.193) TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CIENTO NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE.
PERIODO: **FASE DE CIERRE DICIEMBRE 2025**

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVA – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del contrato N. 11007062025.

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI ___ **NO** X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia.
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($3.665.193) TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CIENTO NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: LILIANA PATRICIA PEÑA SALCEDO
C.C. 52.974.510
DR. Cra. 88 #6a 90
Telefono: 3202428895 / abarraganleon@gmail.com

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave:
9496142517

Tienda
APORTES EN LINEA

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
9 de diciembre de 2025 a las 7:33 a. m.

CUS
1992122820

Referencia Nequi
M01096166

¿Cuánto?
$ 96.600,00

Valor de los impuestos
$ 0,00
Número de referencia 1
181.61.247.6
Número de referencia 2
CC
Número de referencia 3
52974510

Factura de comercio
9496142517

Tu plata salió de:



Disponible

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52974510		PEÑA SALCEDO LILIANA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 88 # 6a-90 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3934835	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	1992122820	9496142517	I	2026/01/06	2025/12/09	NEQUI	0	$96,600

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	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$332,150	$53,200			$332,150	$41,600			$0	$0			$332,150		$1,800		$0	$0		$96,600
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$332,150	$53,200			$332,150	$41,600			$0	$0			$332,150		$1,800		$0	$0		$96,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$332,150	$53,200			$332,150	$41,600			$0	$0			$332,150		$1,800		$0	$0		$96,600
1	CC	52974510	PEÑA LILIANA	X	X																23030 1	7	$332,150	$53,200	EPS005	7	$332,150	$41,600		0	$0	$0	14-11	7	$332,150	0.522%	$1,800	0	$0	$0	No	$96,600
Total Afiliados(1)																							$332,150	$53,200			$332,150	$41,600			$0	$0			$332,150		$1,800		$0	$0		$96,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52974510		PEÑA SALCEDO LILIANA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 88 # 6a-90 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3934835	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	1992122820	9496142517	I	2026/01/06	2025/12/09	NEQUI	0	$96,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$53,200	$0	$0	$53,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$53,200	$0	$0	$53,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,800	$0	$0	$1,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$1,800	$0	$0	$1,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$41,600	$0	$0	$41,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$41,600	$0	$0	$41,600
TOTAL				1	$96,600	$0	$0	$96,600

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: DICIEMBRE Día: 28 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 11

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON039

NOMBRE: SANDRA YACKELIN PINZON SALCEDO
CEDULA: 1.030.549.541
CUENTA BANCARIA:0550488456013744 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($3.665.193) TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CIENTO NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE.
PERIODO: **FASE DE CIERRE DICIEMBRE 2025**

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVO – EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas del contrato N. 11007062025.

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI **NO** X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia.
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($3.665.193) TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CIENTO NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Joselito Rodríguez Galeano
Coordinador
C.C. 1.116.916.542

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: SANDRA YACKELIN PINZON SALCEDO
C.C. 1.030.549.541
DR. Cra. 78 B 36-13 sur
Telefono: 3164532712/ shanniivannii48@gmail.com

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

EXITO FLORESTA
COMPRA Y RECOGE 305-4829046

176965 *PILA ASO-CAJAS 96.600
Factura: 8630561058
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 96.600
EFECTIVO 100.000

FACTURAS APROBADAS
Fac.8630561058 Apro:269335 BANCO:0001
CAMBIO 3.400

TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
=00%	96600	96600	0
TOTAL=	96600	96600	0

>> MAPA:6236 ID:2026120-9094402
Vr.POS:271 Motor:7.1.15#247
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 1
Almacenes Exito S.A. Nit 890.900.608-9
AUTORRETENEDOR RES.8826 DE 16/NOV/2016
PARA RECLAMOS LLAMAR AL 018000428800
RESPONSABLE DE IVA- GRAN CONTRIBUYENTE

09/DIC/2025 09:44 0281 22 0050 8528

NUT:20251209028100220050
32ZEH

TIQUETE INFORMATIVO DE VENTA
NUMERO DR: HK1217920 96.600
TOTAL TRANSACCION: 96600
Este documento no es Factura de venta.

DIC 09 2025 09:44:18 ICT11.2C EX
EXITO FLORESTA
AVX 68 90-88
CORRESPONSAL
BANCO DE BOGOTA
C.UNICO: 0012789061 TER: A30bz980
C.BANC: 0001
ID CAJERO: 0001098528
RECIBO: 001923 RRN: 003475
RECAUDO APRO: 269335
SERVICIO: 00001139
FACTURA: 00000000000000008630561058
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 96.600

BANCO DE BOGOTA es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuniquese al:
01 8000518877
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
*** CLIENTE ***

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	SANDRA YACKELIN PINZON SALCEDO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1030549541
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-12-10
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-01-13
FECHA DE PAGO:	2025-12-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-12
PERÍODO SALUD:	2025-12
NÚMERO PLANILLA:	8639222388
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8630561058
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	$ 332.150	$ 0	$ 0	$ 0	$ 41.600	$ 41.600
231001	800227940	COLFONDOS	1	$ 332.150	$ 0	$ 0	$ 0	$ 53.200	$ 53.200
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 332.150	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.800	$ 1.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 96.600	$ 96.600

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	07/02/2026

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: DICIEMBRE Día: 07 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 11

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON048

NOMBRE: YURI ALEXANDRA GARCIA AVILA
CEDULA: 1.032.378.513
CUENTA BANCARIA: 0550488456124657 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO __ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($675.182) SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CIENTO OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE.
PERIODO: **FASE DE CIERRE DICIEMBRE 2025**

CONCEPTO: Psicosocial – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia y triunfadoras - del contrato N.11007062025.

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI ___ **NO** X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia.
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($675.182) SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CIENTO OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: YURI ALEXANDRA GARCIA AVILA
C.C. 1.032.378.513
DR. CR 70 B 05 B 06
Telefono:3186669533/ alexandrapsicosocial03@gmail.com

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9618789359 DV: 049454
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 04/12/2025 18:28:43
PAP: 905078
Nombre: YURI
Apellido 1: GARCIA
NUM PLANILLA: 9496052954
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1063785113
PERIODO: 202512
Referencia: 9496052954Valor: $413.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 651010.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032378513		GARCIA AVILA YURI ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 70B # 05B 06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12		9496052954	I	2026/01/06			0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

2025/12/04 06:01 PM

Planilla Integrada

aportes en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032378513		GARCIA AVILA YURI ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 70B # 05B 06	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12		9496052954	I	2026/01/06			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO																
No.	Tipo Id	No Id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap
1	CC	1032378513	GARCIA AVILA YURI ALEXANDRA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No				X	2025/12/30				
Total	Afiliados(1)															

No.	NOVEDADES																	
No.	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc
1																		

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: DICIEMBRE Día: 07 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 11

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON035

NOMBRE: LAURA SOFIA ALARCON ARBELAEZ
CEDULA: 1.000.794.222
CUENTA BANCARIA: 008600775848 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($675.182) SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CIENTO OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE.
PERIODO: **FASE CIERRE DICIEMBRE 2025**

CONCEPTO: PROFESIONAL DE NUTRICION – EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas del contrato N. 11007062025.

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI ___ **NO** X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS ($675.182) SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CIENTO OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Joselito Rodriguez Galeano
Coordinador
C.C. 1.116.916.542

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: LAURA SOFIA ALARCON ARBELAEZ
C.C. 1.000.794.222
DR. AV. Calle 63 #73a - 31
Telefono: 3052355371/ sofialarbl@gmail.com

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1992228701

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
09/12/2025

Número de aprobación
00228701

Dirección IP
186.29.104.6

Valor transacción
$ 421.900,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
	CC	1000794222

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	1000794222	LAURA SOFIA ALARCON ARBELAEZ	Av cll 63 # 73 a 31 apto 601 trr A	3052355371	lalarconarbelaez@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	
2025-12	2025-12	I	09/12/2025	92203325	$421.900	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING - Proteccion)	900297139-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	8.600	0	0	8.600	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	1	8.600	8.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	421.900	421.900

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	1000794222	LAURA SOFIA ALARCON ARBELAEZ		Av cll 63 # 73 a 31 apto 601 trr A	3052355371	lalarconarbelaez@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	09/12/2025	92203325	$421.900	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF				PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. residente	Departamento	INGRESO	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días 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	1000794222	ALARCON ARBELAEZ LAURA SOFIA	59	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	8.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Ciudad: BOGOTÁ D.C **Mes: DICIEMBRE** **Día: 07** **Año: 2025**

CUENTA DE COBRO No. 10

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON068

NOMBRE: LUZ AMPARO FLOREZ CASTRO
CEDULA: 1.010.201.231
CUENTA BANCARIA:0550488450716953 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($3.928.763) TRES MILLONES NOVECIENTOS VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE.
PERIODO: **FASE DE CIERRE DICIEMBRE 2025**

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia contrato N. 11007062025.

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI ___ **NO** X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia.
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($3.928.763) TRES MILLONES NOVECIENTOS VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,
Luz Amparo Flórez C.
NOMBRE: LUZ AMPARO FLOREZ CASTRO
C.C. 1.010.201.231
DR. CRA 97 C 58A 15
Telefono: 3157738151/ amparoflors@hotmail.com

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

OS: 9619186603 OV: 727279
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 07/12/2025 12:01:26
PAP: 996462
Nombre: XXX
Apellido 1: XXX
NUM PLANILLA: 9496069880
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1010201231
PERIODO: 202512
Referencia: 9496069880 Valor: $96.600,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010201231		FLOREZ CASTRO LUZ AMPARO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 97C#58A-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3157738151	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	93935781	9496069880	I	2026/01/09	2025/12/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$96,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$53,200	$0	$0	$53,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$53,200	$0	$0	$53,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,800	$0	$0	$1,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$1,800	$0	$0	$1,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$41,600	$0	$0	$41,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$41,600	$0	$0	$41,600
TOTAL				1	$96,600	$0	$0	$96,600

2025/12/09 09:41 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010201231		FLOREZ CASTRO LUZ AMPARO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 97C#58A-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3157738151	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-12	2025-12	93935781	9496069880	I	2026/01/09	2025/12/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$96,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificacion	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$332,150	$53,200			$332,150	$41,600			$0	$0			$332,150	$1,800		$0	$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$332,150	$53,200			$332,150	$41,600			$0	$0			$332,150	$1,800		$0	$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$332,150	$53,200			$332,150	$41,600			$0	$0			$332,150	$1,800		$0	$0	
1	CC	1010201231	FLOREZ LUZ	230301	7 $332,150	$53,200	EPS002	7	$332,150	$41,600		0	$0	$0	14-11	7	$332,150	$1,800	0	$0	$0	
Total Afiliados(1)					$332,150	$53,200			$332,150	$41,600			$0	$0			$332,150	$1,800		$0	$0	

2025/12/09 09:41 AM

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: DICIEMBRE Día: 07 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 11

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON042

NOMBRE: LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
CEDULA: 51.746.897
CUENTA BANCARIA: 055048852785659 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($3.928.763) TRES MILLONES NOVECIENTOS VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE.
PERIODO: **FASE DE CIERRE DICIEMBRE 2025**

CONCEPTO: APOYO PEDAGÓGICO – EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas del contrato N. 11007062025.

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI ___ **NO** X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo: _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($3.928.763) TRES MILLONES NOVECIENTOS VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Joselito Rodriguez Galeano
Coordinador
C.C. 1.116.916.542

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,
LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
NOMBRE: LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
C.C. 51.746.897
DR. Carrera 75 # 36 – 43 sur
Telefono:322 604 53 63

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

Multipagas

OFC: 1876 - MP - Kennedy
FCH: 06/13/2025 10:35:15 AM
CAJ: XMEDINA - XIMENA ROCIO MEDINA SIMBAQUEBA
TER:

TRANSACCION	Movil PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR
REFERENCIA 1	8392183810
REFERENCIA 2	0
REFERENCIA 3	
VALOR	$04,200.00

MEDIOS DE PAGO	VALOR
Efectivo Recibido	$04,200.00

6e6c53cce5c84e32a5f887fe879912e8

Multipagas

Pensiones - Colpensiones

Compensar EPS 268900

Utilice su número de identificación como número de pago sólo en los siguientes puntos:

Banco de Bogotá
Banco AV Villas
Banco de Occidente

Diligencie el formato de recaudo así:

- Número de cédula
- Periodo de pago
- Operación de información: miplanilla.com

51746897
(Corresponde al número de identificación)
Periodo Pensión-Salud: Diciembre 2025

Válido para independientes que han pagado al menos una (1) de las últimas cuatro (4) planillas en alguna operación y desean continuar pagando en estas entidades.

Número de pago en otras entidades
Periodo Pensión - Salud: Diciembre 2025

8392183810
(Corresponde al número de planilla)

Puntos de pago el mismo día de generación de la planilla:
Puntos 4-72, Punto Red, Punto de Pago, Sedes Compensar (Autopista Sur, Av. Primero de Mayo, Kennedy, Calle 26, Avenida 68, Calle 42 y Suba), Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Red de Cajeros ATH, Almacenes Grupo Exito.
Puntos de pago el día siguiente al de la generación de la planilla:
Banco AV Villas y Red Cerca.
Si paga la planilla después de la hora de cierre de las operaciones bancarias (3:00 p.m.), en horario adicional, durante los fines de semana o festivos, el pago se verá reflejado el siguiente día hábil.
Información importante: Con el objetivo de evitar inconsistencias le invitamos a confirmar

DICIEMBRE

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
No. Identificación: CC51746897
Dirección: CL 36A 74 15 SUR
Telefono: 3226045363
Correo: elvimar64@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8392183810

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LUZ MARINA DIAZ CORREDOR	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC51746897	**Periodo de Cotización Salud**	diciembre de 2025
Número de planilla	8392183810	**Periodo de Cotización Pensión**	diciembre de 2025
Fecha pago	2025-12-09	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	13018193	**Total Pagado**	504200
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	7500	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227800	1
EPS008	Compensar EPS	268900	2

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51746897
APELLIDOS Y NOMBRES: LUZ MARINA DIAZ CORREDOR

C...EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008		0	0	0	0	0	90900	0	0	0	0
EPS008	25-14	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	7500	0

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

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: DICIEMBRE Día: 07 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 11

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
APC2025-EIH-CON002

NOMBRE: CARLOS LUGO GOMEZ
CEDULA: 1.023.963.411
CUENTA BANCARIA: 0550488413818995 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($1.309.588) UN MILLON TRESCIENTOS NUEVE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **FASE DE CIERRE DICIEMBRE 2025**

CONCEPTO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del contrato N. 11007062025.

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI ___ **NO** X a partir de la fecha Día Mes Año en constancia.
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($1.309.588) UN MILLON TRESCIENTOS NUEVE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: CARLOS LUGO GOMEZ
C.C. 1.023.963.411
DR. CARRERA 3 # 0-39 SUR
Telefono: 3153491616 / CARLOS.LUGOMEZ97@gmail.com

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Tienda
COMPENSAR-OI

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
9 de diciembre de 2025 a las 12:29 p. m.

CUS
1993140925

Referencia Nequi
M07522528

¿Cuánto?
$ 96.600,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1023963411

Factura de comercio
92187090

Tu plata salió de:

 Disponible

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	1023983411	CARLOS LUGO GOMEZ	Carrera 3 #0-39 sur	7354113	carlos_97lugomez@hotmail.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	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-12	2025-12	I	09/12/2025	92187090	TOTAL A PAGAR	
					$96.600	

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	41.600	0		0		0	0	0	0	41.600	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	53.200	0	0	0	0	0	0		53.200	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.800				1.800	0	0	1.800			18	1.800	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	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	41.600	41.600
Pensión	1	53.200	53.200
Riesgos Laborales	1	1.800	1.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	96.600	96.600

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	1023963411	CARLOS LUGO GOMEZ	Carrera 3 #0-39 sur	7364113	carlos_97lugomez@hotmail.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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	09/12/2025	92187080	$96.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES					CCF		PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Días mora	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Residente	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	IRP	VTE	INC	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1023963411	LUGO GOMEZ CARLOS	59	0			N		X															230301	332.150	53.200	0	0	0	0	EPS005	332.150	41.600	14-11	332.150	1	1.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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