



FUNDACION
LOYAL AMBAR
Amor, Seguridad y Protección
NIT: 901.024.503-5

CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
Y PARAFISCALES

PERSONA JURÍDICA

Yo, CARLOS ALBERTO ZAMBRANO FUENTES, identificado con cédula de ciudadanía No. 14.244.333 de Ibagué-Tolima, en mi condición de Representante Legal de la FUNDACION LOYAL AMBAR identificado con Nit. 901.024.503-5, certifico que la Fundación ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto durante los últimos seis meses.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la ley 828 de 2003 y artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

Dada en Ibagué, a los treinta y un día (31) días del mes de diciembre del 2025.

FIRMA Carlos Alberto Zambrano f.
CARLOS ALBERTO ZAMBRANO FUENTES
C.C No.14.244.333

Yo, JEIMY CARINA ORTIZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 65.784.848, y con Tarjeta Profesional No. TP-127142-T de la Junta Central de Contadores, en mi condición de Revisora fiscal de la FUNDACION LOYAL AMBAR identificada con NIT. 901.024.503-5, luego de examinar los estados financieros de la fundación de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, certifico que la Fundación ha realizado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la ley y se encuentra al día y a paz y salvo por todo concepto durante los últimos seis meses.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la ley 828 de 2003 y artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

Dada en Ibagué, a los treinta y un (31) días del mes de diciembre del 2025.

FIRMA JEIMY CARINA ORTIZ
JEIMY CARINA ORTIZ
CC. No. 65.784.848
TP- 127142-T

AMOR, SEGURIDAD Y PROTECCION
MANZANA G CASA 1 HACIENDA PIEDRA PINTADA
Fund.loyalambar@gmail.com
3146906349
NIT. 901.024.503-5

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

14244333

NUMERO

ZAMBRANO FUENTES

APELLIDOS

CARLOS ALBERTO

NOMBRES

Carlos A. Zambrano

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-1963
ICONONZO
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

ESTATURA

O-

G.S. RH

M

SEXO

29-SEP-1981 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-2900100-63085921-M-0014244333-20010712

0190401193A 01 097496571

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **65.784.848**
ORTIZ

APELLIDOS
JEIMY CARINA

NOMBRES
JEIMY CARINA ORTIZ

FORMA



FECHA DE NACIMIENTO **08-ABR-1979**

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

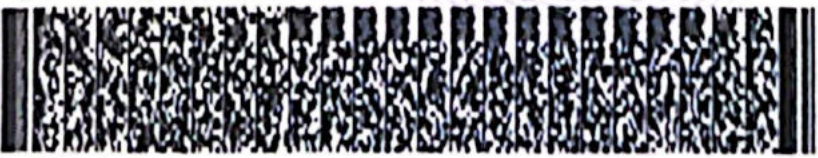
1.60
ESTATURA

B+
G S RH

F
SEXO

03-JUL-1997 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A 2900100 00102402 F-0065784848-20081018 0004598206A 1 6360002487

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO**

127142-T

JEINY CARINA
ORTIZ
C.C. 65784848
RESOLUCION INSCRIPCION 211 FECHA 2007/07/19
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

PRESIDENTE

LUIS ALONSO COLMENARES RODRIGUEZ 134862



JEINY CARINA ORTIZ

FIRMA DEL TITULAR 48987

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla
al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de
Contadores.



UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

4 7 3 6 E C 2 2 2 E 3 C 8 4 5 2

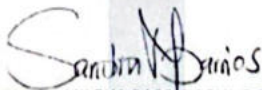
**LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE**

Que el contador público **JEIMY CARINA ORTIZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 65784848 de IBAGUE (TOLIMA) Y Tarjeta Profesional No 127142-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

Dado en BOGOTA a los 6 días del mes de Febrero de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.


SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

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

PERSONAL REQUERIDO	TIEMPO DE DEDICACION	PERFIL PROFESIONAL	EXPERIENCIA	FUNCIONES	NOMBRE	CEDULA
1	COORDINADOR TIEMPO COMPLETO	Título Profesional	Mínimo con dos años de experiencia profesional certificada en la implementación o desarrollo de programas, proyectos o servicios de protección integral.	El profesional encargado de asegurar el cumplimiento de lo establecido en la Propuesta de Implementación y Cualificación (PIYC) y de todo lo que corresponda al desarrollo de la modalidad.	JEIMY CARINA ORTIZ	65.784.848
2	PSICÓLOGA TIEMPO COMPLETO	Título Profesional	Mínimo con un año de experiencia profesional certificada en programas, proyectos o servicios de protección integral.	Profesional responsable de realizar la atención y acompañamiento psicosocial y apoyo al desarrollo del plan de caso para el goce efectivo de los derechos de niñas, niños, adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo.	ESTHER MANUELA LOPEZ CARDOZO	1.193.078.930
3	TRABAJADOR SOCIAL TIEMPO COMPLETO	Título Profesional	Mínimo con un año de experiencia profesional certificada en programas, proyectos o servicios de protección integral.	Profesional responsable de realizar entre otras funciones, la valoración socio familiar, seguimiento, orientación, atención y acompañamiento a la familia y apoyo en el desarrollo de la Propuesta de Implementación y Cualificación (PIYC), para el goce efectivo de los derechos de niñas, niños, adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo.	MARIA ALEJANDRA CORDOBA RAMIREZ	1.007.166.451
4	GESTORA DE CASO TIEMPO COMPLETO	Título Profesional	Mínimo con un año de experiencia profesional certificada en programas, proyectos o servicios de protección integral.	Articular y apoyar al equipo de profesionales de la modalidad para la implementación de técnicas del método de administración de casos: análisis de caso, reunión de caso, conferencias de casos.	HEIDY MARGARITA MORENO OVIEDO	1.110.573.104
6	NUTRICIONISTA POR EVENTO (48 HORAS X UNIDAD POR MES)	Título Profesional	Mínimo seis meses de experiencia profesional certificada en la implementación o desarrollo de programas, proyectos o servicios de protección integral.	Orientación y acompañamiento nutricional a la familia; educación alimentaria y nutricional a niñas, niños, adolescentes, familias y formadores a través del diseño e implementación de estrategias de Información, Educación y Comunicación para la promoción de hábitos y estilos de vida saludable.	INGRID ALEXANDRA RAMIREZ CABALLERO	1.019.027.025
7	AUXILIAR DE ENFERMERIA TIEMPO COMPLETO	Técnico o tecnólogo en enfermería	1 año (atendiendo población vulnerable)	Formación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, hábitos de cuidado. y auto cuidado, vida saludable, apoyo en la gestión para la valoración y atención oportuna en salud y presta primeros auxilios en caso de requerirse, a las niñas, los niños y los adolescentes.	JOANNA PAOLA VILLAMIL GUZMAN	1.110.524.592

8	COCINERA	TIEMPO COMPLETO	Formación de bachiller	(1) año de experiencia laboral	Recibir las materias primas, insumos y/o productos que entran al servicio, verificar las cantidades y la calidad de los mismos, y diligenciar los registros de inventarios establecidos. Velar por el almacenamiento y manejo apropiado de los alimentos. Preparar los alimentos de acuerdo con lo establecido en la minuta patrón, menú modelo o ciclos de menús y servir con medidas o recipientes estandarizados.	ALEXIS CATHERINE ROQUE MONROY	1.110.536.599
9	FORMADOR	TIEMPO COMPLETO	Formación de bachiller	1 año (atendiendo población vulnerable)	Acompañamiento al diario vivir, seguimiento a los pactos de convivencia, solución de conflictos que se presentan en la vida cotidiana, fortalecimiento de hábitos de auto cuidado y, apoyo pedagógico, para el goce efectivo de los derechos de las niñas, los niños, los adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo.	KATHERIN JISSEP FERNANDEZ ROJAS	38.363.885
10	FORMADOR	TIEMPO COMPLETO	Formación de bachiller	1 año (atendiendo población vulnerable)	Acompañamiento al diario vivir, seguimiento a los pactos de convivencia, solución de conflictos que se presentan en la vida cotidiana, fortalecimiento de hábitos de auto cuidado y, apoyo pedagógico, para el goce efectivo de los derechos de las niñas, los niños, los adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo.	NORBERTO SOLANO ROSO	9.339.1533
11	FORMADOR	TIEMPO COMPLETO	Formación de bachiller	1 año (atendiendo población vulnerable)	Acompañamiento al diario vivir, seguimiento a los pactos de convivencia, solución de conflictos que se presentan en la vida cotidiana, fortalecimiento de hábitos de auto cuidado y, apoyo pedagógico, para el goce efectivo de los derechos de las niñas, los niños, los adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo.	LUIS CARLOS AGUIRRE RAMIREZ	93.393.950
12	FORMADOR	TIEMPO COMPLETO	Formación de bachiller	1 año (atendiendo población vulnerable)	Acompañamiento al diario vivir, seguimiento a los pactos de convivencia, solución de conflictos que se presentan en la vida cotidiana, fortalecimiento de hábitos de auto cuidado y, apoyo pedagógico, para el goce efectivo de los derechos de las niñas, los niños, los adolescentes y sus familias y/o redes vinculares de apoyo.	KATHERIN DAHIANA SOLANO PUENTES	1.007.410864

Se certifica que en la fecha 2025-12-01 la empresa JEIMY CARINA ORTIZ con documento de identificación CC 65784848 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante ORTIZ JEIMY CARINA identificado con CC-65784848, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante				
Identificación		Razón Social		
CC-65784848		JEIMY CARINA ORTIZ		
Datos Planilla				
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales	
35229100	I	2025-12-01	0,00522	
Datos Administradoras				
Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
AFP	800229739	230201	PROTECCION (ING+PROTECCION)	30
EPS	800130907	EPS002	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	30
ARL	890903790	14-11	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	30

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1193078930		LOPEZ CARDOSO ESTHER MANUELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 29 # 5 17	IBAGUE-TOLIMA	2668787	SI
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-12	2025-12	2049298287	9496976119	1	2026/01/09	2026/01/02	HEQUI	\$429,300
RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$14,900	\$0	\$0	\$14,900
ARL SJRA	14-11	890,903,790	5	1	\$14,900	\$0	\$0	\$14,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,600	\$0	\$0	\$8,600
COMPENALCO TOLIMA	CCF50	890,700,148	4	1	\$8,600	\$0	\$0	\$8,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
TOTAL				1	\$429,300	\$0	\$0	\$429,300

Se certifica que la empresa, identificada con CC-1007166451 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	EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	0	178.000	0	178.000
Planilla Nro.:	35541656 Tipo I	14-11	890903790	ARL SURA	1	0	14.900	0	14.900
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2025-12-31	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	2049491736	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
GRAN TOTAL							\$ 420.700		

PAGADO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal
CC 110873104	MORENO OYEDO HEBY MARGARITA	DEPENDIENTE	PRINCIPAL
			Carrera 8 # 33 A 36 Barrio El Camacho
			Exonerado SENA e ICBF
			3134916032
			No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo	Clase	Fecha	Pago
Pensión	Salud	Planilla	Días Mora
2023-12	3047760623	9496247130	0
		2023/12/30	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES											
EMPLEADO				PENSION				SALUD			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	CCF	Dias	IBC	Aporte	PARAFISCALES
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000	
Centro de Trabajo PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000	
Código: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000	
1	CC 110873104	MORENO HEBY	303031	30	\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000	
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000	

RIESGOS											
Riesgos				CCF				PARAFISCALES			
IBC	Dias	Codigo	Aporte	IBC	Dias	Codigo	Aporte	IBC	Dias	Codigo	Aporte
\$1,423,500			\$0				\$0	\$1,423,500			\$0
\$1,423,500			\$0				\$0	\$1,423,500			\$0
\$1,423,500			\$0				\$0	\$1,423,500			\$0
\$1,423,500			\$0				\$0	\$1,423,500			\$0
\$1,423,500			\$0				\$0	\$1,423,500			\$0
\$1,423,500			\$0				\$0	\$1,423,500			\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1019027025		RAMIREZ CABALLERO INGRID ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	SANTA ANA ETAPA 1 TORRE 9 201	IBAGUE-TOLIMA	1111111	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2005-79-772	9499-008114	1	2026/01/08	2025/12/15	BANCO DE BOGOTA	0	\$536,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
EMPLEADO				PENSION			SALUD		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC
Susceptible Principal (\$ Millones)					\$1,700,000	\$272,000			\$1,700,000
Centro de Trabajo Principal (1 Afiliados)					\$1,700,000	\$272,000			\$1,700,000
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					\$1,700,000	\$272,000			\$1,700,000
1	CC 1019027025	RAMIREZ INGRID	25-14	30	\$1,700,000	\$272,000	EP9002	30	\$1,700,000
Total Afiliados(1)					\$1,700,000	\$272,000			\$1,700,000
RIESGOS				CCF			PARAFISCALES		
				Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC
					\$1,700,000	\$34,000			\$1,700,000
					\$1,700,000	\$34,000			\$1,700,000
					\$1,700,000	\$34,000			\$1,700,000
					\$1,700,000	\$34,000	14-22	30	\$1,700,000
					\$1,700,000	\$34,000			\$1,700,000
					\$1,700,000	\$34,000			\$1,700,000

DATOS DEL APORTANTE				DATOS DE LA PLANILLA			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD
CC	1110524592	JOHANNA PAOLA VILLAMIL GUZMAN	calle 19 sur No. 38-35	2607028	joanpav2024@gmail.com	02.01.2025	178.000
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE BUCURBAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	PERIODO PENSIONES	PERIODO SALUD
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	2025-12	2025-12

EXONERADO PAGO PARA FISCIALES Y SALUD			
PLANEACIÓN	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	NÚMERO PLANILLA
NO	02.01.2025	1	640091
TOTAL A PAGAR			\$434.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
EP9037	Nueva EPS	900156264-2	178.000	0	0	0	0	0	0
								Total a Pagar	No. Afiliados
								178.000	1

TOTALES PENSION

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aportes Voluntario Afiliado	Aportes Voluntario Aportante	Aportes FSP - Solidaridad	Aportes FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección (RUG + Protección)	80022739-0	227.800	0	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	Valor Mora Cotización	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidario	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CC724	Compensar Caja	80006842-7	28.500	0	0	28.500	1

TOTALES PARA FISCIALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IDE LMA, por y sobre	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	434.300	434.300

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 110534999		ALDO CATHARINE ROQUE MONROY	DEPENDIENTE	Principal	428 8 casa 3B	IBAGUE-TOLIMA	2681001	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Limite	Fecha	Pago	Valor	
2025-12	1000000243	9445845527	1	1	2026/01/26	2026/01/02	BANCO DE BOGOTA	0	\$413,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORIA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
ARL SUISA	14-11	890,903,790	5	1	\$7,500	\$0	\$0	\$7,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
SANTAS	EP5005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$413,300	\$0	\$0	\$413,300	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENIA • KBF	
CC 3838385		FERNANDEZ ROJAS KATERIN JISSEF	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 9 N° 34- 20 GAITAN	IBAGUE-TOLIMA	2644849	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor			
2025-12	949514642	1	2025/01/22	2025/12/17	BANCO DE OCCIDENTE	\$413,300			

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	OV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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	
SANTAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$413,300	\$0	\$0	\$413,300	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 93391533

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Nombre ó Razón Social	NORBERTO SOLANO ROZO		
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	93391533
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	MZ S CS 26 B/ TOLIMA GRANDE		
Tipo Empresa	PRIVADA	Teléfono	2600000
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Actividad Económica	Actividades reguladoras y facilitadoras
Forma Presentación	ÚNICO	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número Planilla	4636495685	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	diciembre / 2025	Periodo Cotización Salud	diciembre / 2025
Días de Mora	0	Fecha Pago	2026/01/05
Número Autorización	9995320233		

INFORMACIÓN BÁSICA			
Nombres	NORBERTO	Apellidos	SOLANO ROZO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	93391533
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	\$ 1.423.500	Tipo de Salario	

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

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	230301-PORVENIR
Días	30	IBC	\$ 1.423.500
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	\$ 227.800
FSP - Solidaridad	\$ 0	FSP - Subsistencia	\$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	\$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	\$ 0
Indicador tarifa especial	Normal	Total Aporte	\$ 227.800

SALUD		Administradora	EPS002-SALUD TOTAL
Días	30	IBC	\$ 1.423.500
Tarifa	12,500 %	Cotización Obligatoria	\$ 178.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	\$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	\$ 0
Valor ADRES	\$ 0	Total Aporte	\$ 178.000

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-11 - ARL SURA
Días	30	IBC	\$ 1.423.500
Clase de Riesgo	I	Tarifa	0,522 %
Centro de Trabajo	93391533	Total Aporte	\$ 7.500

TOTAL PAGADO:

\$ 413.300

CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES.							
Asignación de Retiro						MES:	12
NOMBRE:	AGUIRRE RAMIREZ LUIS CARLOS					FECHA DE EXPEDICION:	31/12/2025
DIRECCION:	Residencial # - Barrio Prodera Santa Rita Etapa 4 Manzana 6 Casa 5					CONSECUTIVO:	287
UNIDAD:	49686	GRADO:	SP	IDENTIFICACION:		93393950	
DEVENGADOS			DEDUCCIONES				
COD	DESCRIPCION	VALOR	COD	DESCRIPCION	VALOR	INICIA	TERMINA
			105	DESCUENTO LEY CAJA RETIRO	51.853	01-12-2025	01-12-2025
			110	DOCTO. SERMEDICO 4%	207.413	01-12-2025	01-12-2025
	Adicional Con Descuento	0	363	GNB SUDAMERIS - 363	299.989	01-10-2024	30-09-2034
	Adicional Sin Descuento	0	364	BANCO DE BOGOTA - 364	154.682	01-06-2025	31-05-2035
001	Asignación de Retiro	5.185.337	209	FINANDINA - 209	1.599.764	01-07-2022	30-06-2032
			640	CIRCSUBFMSOST - 640	96.071	01-07-2025	30-06-2027
			378	CAPILLA LA FE - 378	46.283	01-07-2025	30-06-2038
TOTAL DEVENGADO		5.185.337	TOTAL DEDUCIDO::		2.456.055	NETO A PAGAR:	
						2.729.282	

**La base de liquidación corresponde al sueldo basico + la sumatoria de las partidas computables	
***El % de liquidacion corresponde a los años de servicio prestados a la fuerza	
Aplicada la proteccion del 50% - A la fecha, usted solo puede comprometer hasta \$ 136,614 para nuevos descuentos	
A partir del mes de julio 2012 no se exigirá acreditación de supervivencia - Decreto 019/2012	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1007410864
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	KATHERIN DAHIANA SOLANO PUEENTES	
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	MANZANA J CASA 10 BARRIO EL	TELÉFONO: 9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4632635857	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):	2025/12/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9995276935

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

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8002297390	230201	230201- PROTECCION			1	\$ 227.800
SUBTOTAL:					1	\$ 227.800
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL			1	\$ 178.000
SUBTOTAL:					1	\$ 178.000
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA			1	\$ 7.500
SUBTOTAL:					1	\$ 7.500

VALOR SIN MORA:	\$ 413.300
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 413.300