No de Radicacion
4015300951

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código: [ ]
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero: Código: [ ]
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15.Traslado: [ ] A. Mismo régimen [ ] B. Diferente régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- [ ] 17.Reporte del tramite de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad del pensionado
- [ ] 20. Ingreso a contribución solidaria
- [ ] 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	1 2 0 8 2 0 2 5		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. [ ] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70. [ ] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.

71. [ ] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que implican la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72. [ ] Declaración de no información del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

73. [ ] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74. [ ] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran

75. [ ] Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

76. [ ] Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

77. [ ] Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes

78. [ ] Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad

IX. FIRMAS

JOSE SANCHEZ	Maria Silva
80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X. ANEXOS

- [ ] 82.Anexo Copia del documento de identidad: CN [ ] RC. [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: [0]
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declaro la separación de cuerpos y escritura público,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- [ ] 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia
- [ ] 88.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración juramtada por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 90.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 91.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

594

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE NICODEMOS SANCHEZ PINEDA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1095484684,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 12 de agosto de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Colpensiones
Dirección: Carrera 10 No.72 – 33 Torre B Piso 11, Bogotá D.C., Colombia Conmutador: (+57) 601 489 0909; Línea Gratuita: 01 8000 410909 www.colpensiones.gov.co

595

Colsubsidio

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) JOSE NICODEMOS SANCHEZ PINEDA identificado(a) con CC No. 1095484684, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de R&E PROYECTOS Y CONSTRUCCIONES S.A.S con NIT 9019432714:

- Fecha de afiliación a la Caja: 12/08/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 12/08/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Bogotá D.C. 12/08/2025

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.409.705
CAMPOS QUEVARA

APELLIDOS
ADIER

NOMBRES
Adier Campos

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 20-MAY-1991
PITAL
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

11-MAY-2010 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁENZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1523900-00364171-M-1081409705-20120522 0030291624A 2 37015515

Blanco
Piso Limito

ARL | sura

Medellín, 11 de Agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ACABADOS VELANDIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1081409705	CAMPOS GUEVARA ADIER	28/06/2025		Z442134[3]	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C524345552522375242

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/08/2025 20:54:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.146.82.195, 198.143.41.41, 172.16.42.57

5012

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **ADIER CAMPOS GUEVARA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANIA** número **1081409705**, aparece registrado(a) en **EPS SURA** con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1081409705
NOMBRES Y APELLIDOS	ADIER CAMPOS GUEVARA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	13/12/2011
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	393
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	42
EMPLEADOR(ES)	CC 1081409705 ADIER CAMPOS DESDE 16/05/2025, NI 901652317 ACABADOS VELANDIA SAS DESDE 27/06/2025

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: **11/08/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

5091

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CAMPOS GUEVARA ADIER** identificado(a) con **CC** número **1.081.409.705** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 14 de diciembre de 2011 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 11 de agosto de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

600

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 11 de Agosto de 2.025

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1081409705
Nombre	: ADIER CAMPOS GUEVARA
Empresa/Contratante	: ACABADOS VELANDIA SAS
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901652317
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/06/27
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/06/27
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código kVLCdhnnV

FOR-PGIE-0044

Vigilado Supersubsidio

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que ACABADOS VELANDIA SAS identificado(a) con NI 901652317 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ADIER CAMPOS GUEVARA identificado(a) con CC 1081409705

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Dias	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9489992591	1677094988	E	2025-08-04	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																		$1,423,500	4%	$57,000
9489992591	1677094988	E	2025-08-04	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																		$1,423,500	16%	$227,800
9489992591	1677094988	E	2025-08-04	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-07	30																		$1,423,500		$0
9489992591	1677094988	E	2025-08-04	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-07	30																		$1,423,500		$0
9489992591	1677094988	E	2025-08-04	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-07	30																		$0	0%	$0
9489992591	1677094988	E	2025-08-04	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-07	30																		$0	0%	$0
9489992591	1677094988	E	2025-08-04	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																		$1,423,500	6.96%	$99,100
9489992591	1677094988	E	2025-08-04	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-07	30																		$1,423,500	4%	$57,000

Este certificado se expide el día 2025-08-04 a las 01:35.

209

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.012.403.741
MUÑOZ DAZA

APELLIDOS
JEFFER ALEXIS

NOMBRES

FIRMA



Pro Unilo
-B/S/25



FECHA DE NACIMIENTO 06-SEP-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

13-OCT-2011 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1500150-01204748-M-1012403741-20210125 0073198741A 1 9914428283

Escaneado con CamScanner

MR

ARL | SURA

Medellín, 11 de Agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ACABADOS VELANDIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1012403741	MUÑOZ DAZA JEFFER ALEXIS	09/08/2025		Z211328A	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C524345552522321463

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/08/2025 05:58:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.139.132.181, 198.143.41.32, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015283719	0|9|0|8|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
MUÑOZ (Primer apellido)	DAZA (Segundo apellido)	JEFFER (Primer nombre)	ALEXIS (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo Identificación	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	1012403741	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	País: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA	0|6|0|9|1|9|9|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
6		SI ☐ No ☒ Categoria Discapacidad	SI ☐ NO ☒	Nivel Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
DG 57 81J 41SUR		3024734227	AFILIACIONESTALENTO1HUMANO@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	57	Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de Identidad	29. Número documento Identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo Identificación	32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento	34.Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		País: Departamento: Municipio:	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de Identidad	37. Número de Identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					SI	No	Nivel	Grupo	SI	No	Categoria	SI	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS KENNEDY - VS KENNEDY	VSKENNED - VSKENNED
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ACABADOS VELANDIA SAS	NIT	901652317	01

59.Ubicación				
CL 43 A 72 B 07 Dirección	9515912 Teléfono fijo o celular	ACABADOVELANDIA22@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

No de Radicacion
4015283719

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: [ ]
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero: Código: [ ]
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15.Traslado: [ ] A. Mismo régimen [ ] B. Diferente régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- [ ] 17.Reporte del tramite de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad del pensionado
- [ ] 20. Ingreso a contribución solidaria
- [ ] 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|8|0|8|2|0|2|5	[ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. [ ] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70. [ ] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.

71. [ ] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

72. [ ] Declaración de no información del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

73. [ ] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74. [ ] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran

75. [ ] Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

76. [ ] Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto

77. [ ] Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes

78. [ ] Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

78. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X.ANEXOS

- [ ] 82.Anexo Copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: [0]
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declaro el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- [ ] 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- [ ] 88.Documento en que consta la perdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 90.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	
[ ]	[ ]	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
[ ]		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

JEFFER ALEXIS MUÑOZ DAZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.403.741**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Bogotá DC. 8 de Agosto de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 8/8/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1012403741
Nombres y Apellidos	JEFFER ALEXIS MUÑOZ DAZA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901652317
Razón Social Empleador	ACABADOS VELANDIA SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	8/8/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	8/8/2025
Cargo	AYUDANTE DE OBRA
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

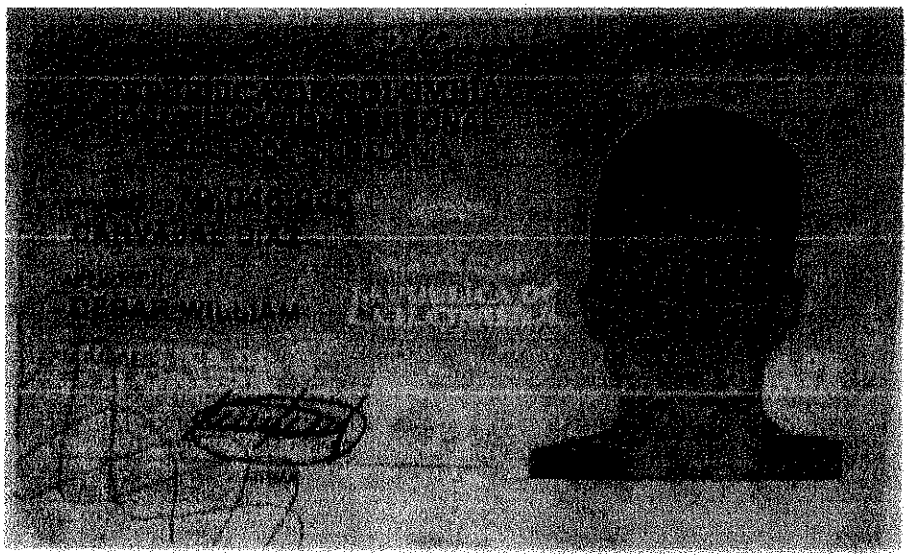
La presente constancia se expide con destino a . este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el 8giWPj6qS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio



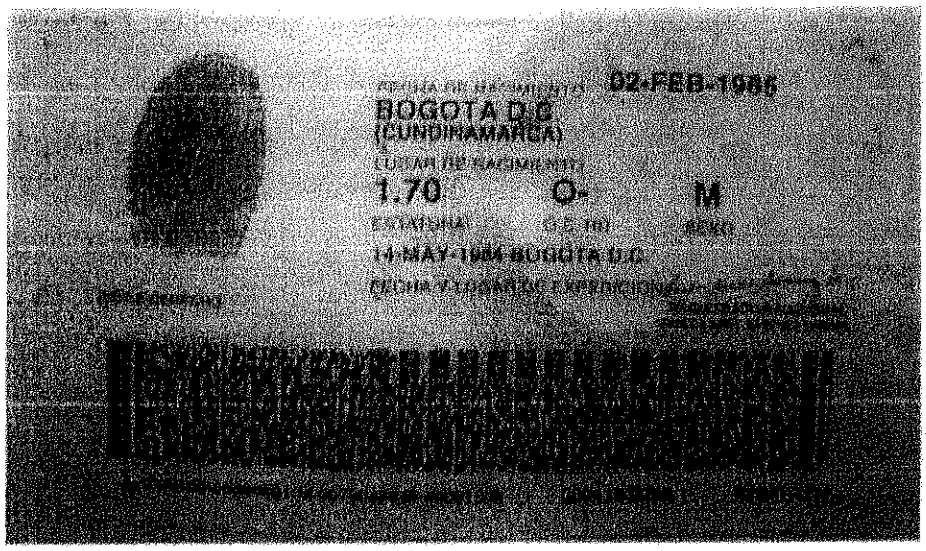


Image 15/8/1x

Un Unido

ARL | sura

Medellín, 11 de Agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de ACABADOS VELANDIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C79046945	CARVAJAL DIAZ CESAR WILLIAM	07/08/2025		13621020	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C524345552522321420

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/08/2025 05:57:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.139.132.181, 198.143.41.32, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015283702	0|9|0|8|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.Tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
CARVAJAL (Primer apellido)	DIAZ (Segundo apellido)	CESAR (Primer nombre)	WILLIAM (Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	79046945	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA	0|2|0|2|1|9|6|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
6		SI ☐ NO ☒ Categoria Discapacidad	SI ☐ NO ☒	Nivel Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 93 A NO 73 A 89		3156071132	AFILIACIONESTALENTOHU1MANO@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA		Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento	34.Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		Pais Departamento: Municipio:	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					SI	No	Nivel	Grupo	SI	No	Categoria	SI	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS NUESTRO BOGOTA - VS NUESTRO BOGOTA	VSNBOGOTA - VSNBOGOTA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ACABADOS VELANDIA SAS	NIT	901652317	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 43 A 72 B 07	8528520	ACABADOVELANDIA22@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

611

No de Radicacion
4015283702

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripcion en la EPS. Código:
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código:
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al pais.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15.Traslado: [ ] A. Mismo régimen [ ] B. Diferente régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- [ ] 17.Reporte del tramite de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad del pensionado
- [ ] 20. Ingreso a contribución solidaria
- [ ] 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|6|0|8|2|0|2|5		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. [ ] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70. [ ] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.

71. [ ] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72. [ ] Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

73. [ ] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74. [ ] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran

75. [ ] Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013

76. [ ] Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

77. [ ] Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes

78. [ ] Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X.ANEXOS

82.Anexo Copia del documento de identidad: CN [ ] RC. [ ] TI. [ ] CC. [ ] PA. [ ] CE. [ ] CD. [ ] SC. [ ] PT. [ ]

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: [0]

- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para quí declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- [ ] 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- [ ] 88.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 90.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condicion de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CESAR WILLIAM CARVAJAL DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.046.945**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

613

Bogotá DC. 6 de Agosto de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 6/8/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 79046945
Nombres y Apellidos	CESAR WILLIAM CARVAJAL DIAZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901652317
Razón Social Empleador	ACABADOS VELANDIA SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	8/8/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	6/8/2025
Cargo	AYUDANTE DE OBRA
Horas Labor Mes	230
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el

DJzeVSQkS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

614





Ingreso 25/8/15

Arbolas

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900350099-4	CONSTRUCCION Y DISEÑO DE AMBIENTES NATURALES SAS	CRA 112 BIS No 142 44 APTO 201	3214654929	cydambientesnaturales@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 2 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-07	2025-06	E	22/08/2025	89154326	$899.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	57.000	0		0		0	31	1.200	0	58.200	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	57.000	0		0		0	31	1.200	0	58.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	455.600	0	0	0	0	31	8.900	0	464.500	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	198.200				198.200	31	3.900	202.100			1.982	202.100	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	114.000	31	2.300	116.300	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	31	0	0	0
ICBF				
0	31	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	114.000	116.400
Pensión	1	455.600	464.500
Riesgos Laborales	1	198.200	202.100
CCF	1	114.000	116.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	881.800	899.300

PAGADA

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

914

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900350099-4	CONSTRUCCION Y DISEÑO DE AMBIENTES NATURALES SAS		CRA 112 BIS No 142 44 APTO 201	3214654929	cydambientesnaturales@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 2 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-07	2025-06	E	22/08/2025	89154326	$899.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
o.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Aotalgo	Extranjero	Colombia exterior	Estacionario	SLN	IGE	IRL	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	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	79787752	SERNAL ACUÑA HUGO	1	0			S																		230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	80472667	MORENO DE PAULO MARCOS	1	0			S																		230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

ARC = POSITIVA

EPS = NUEVA EPS

AFP = PROTECCIÓN

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

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	CONSTRUCCION Y DISEÑO DE AMBIENTES NATURALES SAS		
Tipo de documento de identificación	NI	**Número de documento de identificación**	900350099
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 79787752	**Nombres y apellidos**	HUGO BERNAL ACUÑA
Fecha de afiliación	2022-12-10	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	2022-12-10	**Tipo de vinculación**	Dependiente
Clase de riesgo	5	**Fecha de retiro**	

Esta certificación se expide a los 12 días del mes de agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **HUGO BERNAL ACUÑA**; identificado(a) con **CC** número **79787752**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **01/09/2013**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **12** días del mes **8** del año **2025**

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BERNAL ACUÑA HUGO** identificado(a) con **CC** número **79.787.752** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 18 de abril de 2008 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 12 de agosto de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocali/proteccion/**

620

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT .860.066.942-7

Bogotá D.C., 12 de Agosto de 2.025

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 79787752
Nombre	: HUGO BERNAL ACUÑA
Empresa/Contratante	: CONSTRUCCION Y DISEÑO DE AMBIENTES NATURALES S A S
Identificación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 900350099
Fecha de Afiliación a CCF	: 2016/11/10
Fecha de Ingreso a la Empresa	: 2016/10/25
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001
Icontec
SC 5892-1
IQNet

FOR-PGIE-0044

VIGILADO SuperSubsidio



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80472667

MORENO DE PAULO
APELLIDOS

MARCOS
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-JUL-1973
JENESANO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

16-MAR-1992 SUBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

A-1500114-42110165-M-0080472667-20030521 02940 031400 02 136871136

Juan 15/8/hr

Abdo

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900350099-4	CONSTRUCCION Y DISEÑO DE AMBIENTES NATURALES SAS	CRA 112 BIS No 142 44 APTO 201	3214654929	cydambientesnaturales@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	22/08/2025	89154326	$899.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	57.000	0		0		0	31	1.200	0	58.200	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	57.000	0		0		0	31	1.200	0	58.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING - Proteccion)	800229739-0	455.600	0	0	0	0	31	8.900	0	464.500	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	198.200				198.200	31	3.900	202.100			1.982	202.100	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	114.000	31	2.300	116.300	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	31	0	0	0
ICBF				
0	31	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	114.000	116.400
Pensión	1	455.600	464.500
Riesgos Laborales	1	198.200	202.100
CCF	1	114.000	116.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	5	881.800	899.300

PAGADA

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

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900350099-4	CONSTRUCCION Y DISEÑO DE AMBIENTES NATURALES SAS	CRA 112 BIS No 142 44 APTO 201	3214654929	cydambientesnaturales@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 2 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-07	2025-06	E	22/08/2025	89154326	$599.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
a.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IGE	RTE	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	79787752	BERNAL ACUÑA HUGO	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	80472957	MORENO DE PAULO MARCOS	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

ARL = Positiva

CCF = Famisanar

AFP = Protección

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

CONSORCIO
INGENIERÍA

ANEXO 7

SEGURIDAD SOCIAL – PLANILLAS

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830121507-2	INGEBYP SAS		CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	04/08/2025	88723949	$6.841.800	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	252.000	0		0		0	0	0	0	252.000	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	268.000	0		0		0	0	0	0	268.000	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	688.000	0	0	0	0	0	0		688.000	2
231001	Colfondos	800227940-6	899.800	0	0	0	0	0	0		899.800	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.600.000	0	0	0	0	0	0		1.600.000	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.700.000				1.700.000	0	0	1.700.000			17.000	1.700.000	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	977.000	0	0	977.000	8

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830121507-2	INGEBYP SAS		CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				8	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	04/08/2025	88723949	$6.841.800	

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	5	977.000	977.000
Pensión	3	3.187.800	3.187.800
Riesgos Laborales	1	1.700.000	1.700.000
CCF	1	977.000	977.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	10	6.841.800	6.841.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	830121507-2	INGEBYP SAS		CRA 68D No 25B-86 OF 327-3	6017561194	ingebypltda@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	04/08/2025	88723949	$6.841.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	10182018	ROSAS JURADO FREDY WILLMAN	1	0			S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1122723202	MARTINEZ MOSQUERA CARLOS ABDON	1	0			S																	231001	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS005	2.000.000	80.000	14-11	2.000.000	5	139.200	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
3	CC	11516005	PEREZ CELY JOSE MIGUEL	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	EPS008	4.500.000	180.000	14-11	4.500.000	5	313.200	CCF24	4.500.000	180.000	0	0	0	0	0
4	CC	26430367	PERDOMO SANTOS MARIA LALY	1	0			S																	230301	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	72.000	14-11	1.800.000	5	125.300	CCF24	1.800.000	72.000	0	0	0	0	0
5	CC	36307265	MARQUIN MARQUIN LUZ AIDA	1	0			S																	230301	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS005	2.500.000	100.000	14-11	2.500.000	5	174.000	CCF24	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
6	CC	52093566	TRUJILLO SALAMANCA ADRIANA MARCELA	1	0			S																	231001	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS008	2.200.000	88.000	14-11	2.200.000	5	153.200	CCF24	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0
7	CC	79894001	BOHORQUEZ LESMES JEFFERSON ODILIO	1	0			S																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	0	0	EPS002	5.000.000	200.000	14-11	5.000.000	5	348.000	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0
8	CC	79952110	BOHORQUEZ LESMES FABIAN OSWALDO	1	0			S																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	0	0	EPS001	5.000.000	200.000	14-11	5.000.000	5	348.000	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901590075-0	CONSORCIO BS INGENIERIA		CR 68 D 25 B 86	6017561194	contabilidadbsingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	20/08/2025	88927803	$5.247.100	

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	49.400	0		0		0	0	0	0	49.400	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	97.700	0		0		0	0	0	0	97.700	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	66.700	0		0		0	0	0	0	66.700	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	432.000	0		0		0	0	0	0	432.000	3
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	131.600	0		0		0	0	0	0	131.600	2

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	1.029.700	0	0	0	0	0	0		1.029.700	3
230301	Porvenir	800224808-8	895.600	0	0	0	0	0	0		895.600	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	696.600	0	0	0	0	0	0		696.600	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	1.124.300				1.124.300	0	0	1.124.300			11.243	1.124.300	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	646.200	0	0	646.200	8

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901590075-0	CONSORCIO BS INGENIERIA	CR 68 D 25 B 86	6017561194	contabilidadbsingenieriasas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	20/08/2025	88927803	$5.247.100	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
30.900	0	0	30.900	1
ICBF				
46.400	0	0	46.400	1
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	5	777.400	777.400
Pensión	3	2.621.900	2.621.900
Riesgos Laborales	1	1.124.300	1.124.300
CCF	1	646.200	646.200
ESAP	0	0	0
ICBF	1	46.400	46.400
MEN	0	0	0
SENA	1	30.900	30.900
TOTALES	12	5.247.100	5.247.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901590075-0	CONSORCIO BS INGENIERIA		CR 68 D 25 B 86	6017561194	contabilidadbsingenieriasas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	20/08/2025	88927803	$5.247.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	SUS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	1031135149	VARGAS ORTIZ YILBER YANIN	1	0			S								X									230201	3.344.674	535.200	0	0	0	0	EPS017	3.344.674	133.800	14-11	3.344.674	5	232.800	CCF24	3.344.674	133.800	0	0	0	0	0
2	CC	1033781847	REYES LOPEZ ERIKA YURLEY	1	0			S																	230301	2.630.000	420.800	0	0	0	0	EPS017	2.630.000	105.200	14-11	2.630.000	5	183.100	CCF24	2.630.000	105.200	0	0	0	0	0
3	CC	1077149719	GORDILLO RODRIGUEZ LEIDY DANIELA	1	0			S																	230301	1.233.700	197.400	0	0	0	0	EPS002	1.233.700	49.400	14-11	1.233.700	5	85.900	CCF24	1.233.700	49.400	0	0	0	0	0
4	CC	1077149719	GORDILLO RODRIGUEZ LEIDY DANIELA	1	0			S									X								230301	189.800	30.400	0	0	0	0	EPS002	189.800	0	14-11	189.800	5	0	CCF24	189.800	0	0	0	0	0	0
5	CC	11350203	PEÑA MARTINEZ GERMAN LEONARDO	1	0			N								X									230301	1.543.414	247.000	0	0	0	0	EPS017	1.543.414	193.000	14-11	1.543.414	5	107.500	CCF24	1.543.414	61.800	1.543.414	30.900	46.400	0	0
6	CC	52716243	LOPEZ PEREZ SANDRA MILENA	1	0			S																	25-14	2.440.640	390.600	0	0	0	0	EPS008	2.440.640	97.700	14-11	2.440.640	5	169.900	CCF24	2.440.640	97.700	0	0	0	0	0
7	PT	6956462	REDONDO PEÑA MARY EUGENIA	1	0			S																	230201	1.376.050	220.200	0	0	0	0	EPS037	1.376.050	55.100	14-11	1.376.050	5	95.800	CCF24	1.376.050	55.100	0	0	0	0	0
8	PT	6956462	REDONDO PEÑA MARY EUGENIA	1	0			S									X								230201	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS037	47.450	0	14-11	47.450	5	0	CCF24	47.450	0	0	0	0	0	0
9	CC	80087133	MATABANCHOY LUNA GIOVANI FERNANDO	1	0			S								X									230201	1.666.818	266.700	0	0	0	0	EPS010	1.666.818	66.700	14-11	1.666.818	5	116.100	CCF24	1.666.818	66.700	0	0	0	0	0
10	CC	86052493	HERRERA HERRERA JOSE ALFONSO	1	0			S								X									25-14	1.912.500	306.000	0	0	0	0	EPS037	1.912.500	76.500	14-11	1.912.500	5	133.200	CCF24	1.912.500	76.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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 3132074		GARZON GARCIA JULIO ELISEO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	JULIO GARCIA	CR 99 57D 58	MEDELLIN-ANTIOQUIA	3502746183	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	1714268276	9490425051	E	2025/08/20	2025/08/20	BANCOLOMBIA	0	$5,674,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: MEDELLIN (5 Afiliados)						$3,416,400	$546,800			$3,416,400	$136,800			$3,416,400	$136,800			$3,416,400	$238,100		$0	$0
Centro de Trabajo: MEDELLIN (5 Afiliados)						$3,416,400	$546,800			$3,416,400	$136,800			$3,416,400	$136,800			$3,416,400	$238,100		$0	$0
Ciudad: MEDELLIN Depto: ANTIOQUIA (5 Afiliados)						$3,416,400	$546,800			$3,416,400	$136,800			$3,416,400	$136,800			$3,416,400	$238,100		$0	$0
1	CC	1100247301	CASTRO ANUAR	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS041	30	$1,423,500	$57,000	CCF04	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
2	CC	9040156	ESPAÑOL MARIANO	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF04	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
3	CC	1033371641	MANJARREZ EDUIN	230301	10	$474,500	$76,000	EPS002	10	$474,500	$19,000	CCF04	10	$474,500	$19,000	14-11	10	$474,500	$33,100	10	$0	$0
4	CC	8540896	MARTINEZ OSVALDO	231001	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$1,900	CCF04	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0
5	PT	6603900	RIOS RAFAEL	230201	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$1,900	CCF04	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0
EMPLEADO						**PENSION**		**SALUD**				**CCF**				**RIESGOS**				**PARAFISCALES**		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: ZIPAQUIRA (24 Afiliados)						$14,899,300	$2,384,600			$14,899,300	$596,600			$14,899,300	$596,600			$14,899,300	$1,038,600		$0	$0
Centro de Trabajo: ZIPAQUIRA (24 Afiliados)						$14,899,300	$2,384,600			$14,899,300	$596,600			$14,899,300	$596,600			$14,899,300	$1,038,600		$0	$0
Ciudad: ZIPAQUIRA Depto: CUNDINAMARCA (24 Afiliados)						$14,899,300	$2,384,600			$14,899,300	$596,600			$14,899,300	$596,600			$14,899,300	$1,038,600		$0	$0
6	CC	79727655	ABRIL CARLOS	230201	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0
7	CC	1012450688	ABRIL JAMPIERE	230301	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0
8	CC	3132136	BARRAGAN JHON	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
9	CC	1030539000	HERAZO CARLOS	230301	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0
10	CC	1007125549	HERNANDEZ DANIEL	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
11	CC	10183123	LOMBANA SEIN	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
12	CC	1072716411	LOPEZ KEVIN	230201	1	$47,450	$7,600	EPS037	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0
13	CC	1007510914	MALAGON JEFERSON	230301	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0
14	CC	1070807028	MARTINEZ LUIS	230301	5	$237,250	$38,000	EPS002	5	$237,250	$9,500	CCF22	5	$237,250	$9,500	14-11	5	$237,250	$16,600	5	$0	$0
15	CC	1104382323	MERCADO BRAYAN	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
16	CC	1235045393	ORTIZ HUMBERTO	230301	21	$996,450	$159,500	EPS002	21	$996,450	$39,900	CCF22	21	$996,450	$39,900	14-11	21	$996,450	$69,400	21	$0	$0
17	CC	1075681773	PAEZ DUVAN	230201	5	$237,250	$38,000	EPS017	5	$237,250	$9,500	CCF22	5	$237,250	$9,500	14-11	5	$237,250	$16,600	5	$0	$0
18	CC	9293903	RODRIGUEZ HUBERT	230201	1	$47,450	$7,600	EPS037	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0
19	CC	17859734	RODRIGUEZ JOSE	230301	1	$47,450	$7,600	EPS037	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0
20	CC	1065635848	ROMERO JOSE	230201	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0
21	CC	5568426	SANCHEZ MANUEL	231001	1	$47,450	$7,600	EPS017	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0
22	CC	1085040393	SEQUEA ANDERSON	230201	21	$996,450	$159,500	EPS037	21	$996,450	$39,900	CCF22	21	$996,450	$39,900	14-11	21	$996,450	$69,400	21	$0	$0
23	CC	1003561689	SIERRA RICHARD	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
24	CC	1076738087	SIERRA SEBASTIAN	230201	21	$996,450	$159,500	EPS010	21	$996,450	$39,900	CCF22	21	$996,450	$39,900	14-11	21	$996,450	$69,400	21	$0	$0
25	CC	84080571	SUAREZ JAIME	230301	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0
26	CC	1233507589	SUAREZ JOHN	230301	1	$47,450	$7,600	EPS002	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0
27	CC	1093539198	TELLO ANDRES	230301	20	$949,000	$151,900	EPS002	20	$949,000	$38,000	CCF22	20	$949,000	$38,000	14-11	20	$949,000	$66,100	20	$0	$0
28	CC	3133273	TORRES ROBINSON	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
29	CC	1073320612	VARGAS WILSON	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
Total	**Afiliados(29)**					$18,315,700	$2,931,400			$18,315,700	$733,400			$18,315,700	$733,400			$18,315,700	$1,276,700		$0	$0

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 3132074		GARZON GARCIA JULIO ELISEO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	JULIO GARCIA	CR 99 57D 58	MEDELLIN-ANTIOQUIA	3502746183	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	1714268276	9490425051	E	2025/08/20	2025/08/20	BANCOLOMBIA	0	$5,674,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				29	$2,931,400	$0	$0	$2,931,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$15,200	$0	$0	$15,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$455,600	$0	$0	$455,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	17	$2,065,600	$0	$0	$2,065,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	8	$395,000	$0	$0	$395,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				29	$1,276,700	$0	$0	$1,276,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	29	$1,276,700	$0	$0	$1,276,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 2)				29	$733,400	$0	$0	$733,400
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	24	$596,600	$0	$0	$596,600
COMFAMA	CCF04	890,900,841	9	5	$136,800	$0	$0	$136,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				29	$733,400	$0	$0	$733,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$39,900	$0	$0	$39,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	2	$11,400	$0	$0	$11,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	7	$216,600	$0	$0	$216,600
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$57,000	$0	$0	$57,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	18	$408,500	$0	$0	$408,500
TOTAL				29	$5,674,900	$0	$0	$5,674,900

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901417696-5	CONSORCIO LYB		KR 68d 25b 86	3058557087	contabilidadlyb2020@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	TUNJA	6	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	25/08/2025	88481360	$5.089.100	

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	74.000	0		0		0	0	0	0	74.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	305.600	0		0		0	0	0	0	305.600	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	214.000	0		0		0	0	0	0	214.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	64.000	0		0		0	0	0	0	64.000	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)	800229739-0	1.151.700	0	0	0	0	0	0		1.151.700	2
230301	Porvenir	800224808-8	650.300	0	0	0	0	0	0		650.300	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	827.800	0	0	0	0	0	0		827.800	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	1.144.100				1.144.100	0	0	1.144.100			11.441	1.144.100	5

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	657.600	0	0	657.600	5

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	4	657.600	657.600
Pensión	3	2.629.800	2.629.800
Riesgos Laborales	1	1.144.100	1.144.100
CCF	1	657.600	657.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	5.089.100	5.089.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901417696-5	CONSORCIO LYB	KR 68d 25b 86	3058557087	contabilidadlyb2020@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	TUNJA	6	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					5	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	25/08/2025	88481360	$5.089.100	

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	Estimado	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	1012337472	MALAMBO RODRIGUEZ EDICSON	1	0			S																	230201	1.850.000	296.000	0	0	0	0	EPS002	1.850.000	74.000	14-11	1.850.000	5	128.800	CCF24	1.850.000	74.000	0	0	0	0	0
2	CC	1128147206	GONZALEZ SOLORZANO LIANDRO JOSE	1	0			S																	230301	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS037	1.600.000	64.000	14-11	1.600.000	5	111.400	CCF24	1.600.000	64.000	0	0	0	0	0
3	CC	20678587	PERDOMO LUNA MARIA ISABEL	1	0			S																	230201	5.347.718	855.700	0	0	0	0	EPS008	5.347.718	214.000	14-11	5.347.718	5	372.300	CCF24	5.347.718	214.000	0	0	0	0	0
4	CC	79159011	ZAMBRANO PATIÑO MARIO HUMBERTO	1	0			S																	25-14	5.173.315	827.800	0	0	0	0	EPS005	5.173.315	207.000	14-11	5.173.315	5	360.100	CCF24	5.173.315	207.000	0	0	0	0	0
5	CC	79822942	ALVAREZ DUEÑAS JOHN ALEXANDER	1	0			S																	230301	2.463.994	394.300	0	0	0	0	EPS005	2.463.994	98.600	14-11	2.463.994	5	171.500	CCF24	2.463.994	98.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

127

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901758619-0	CONSORCIO BLS		CARRERA 68D 25B 86	7561194	contabilidadbls23@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				14	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	06/08/2025	88494340	$10.402.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	280.200	0		0		0	0	0	0	280.200	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	424.700	0		0		0	0	0	0	424.700	4
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	185.300	0		0		0	0	0	0	185.300	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	113.000	0		0		0	0	0	0	113.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	181.900	0		0		0	0	0	0	181.900	3
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	217.700	0		0		0	0	0	0	217.700	2

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	1.138.700	0	0	0	0	0	0		1.138.700	3
230301	Porvenir	800224808-8	3.687.300	0	0	0	0	0	0		3.687.300	8
231001	Colfondos	800227940-6	231.700	0	0	0	0	0	0		231.700	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	551.200	0	0	0	0	0	0		551.200	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	2.093.400				2.093.400	0	0	2.093.400			20.934	2.093.400	14

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.297.600	0	0	1.297.600	14

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901758619-0	CONSORCIO BLS		CARRERA 68D 25B 86	7561194	contabilidadbls23@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					14	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	06/08/2025	88494340	$10.402.700	

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	6	1.402.800	1.402.800
Pensión	4	5.608.900	5.608.900
Riesgos Laborales	1	2.093.400	2.093.400
CCF	1	1.297.600	1.297.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	12	10.402.700	10.402.700

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901758619-0	CONSORCIO BLS		CARRERA 68D 25B 86	7561194	contabilidadbls23@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	A – Más de 200 cot	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					14	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	06/08/2025	88494340	$10.402.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporta SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018492571	GOMEZ BARRERA JUAN FELIPE	1	0			S								x									230301	2.875.138	460.100	0	0	0	0	EPS002	2.875.138	115.100	14-11	2.875.138	5	200.200	CCF24	2.875.138	115.100	0	0	0	0	0
2	CC	1023000464	PALACIO RUIZ ANGIE VIVIANA	1	0			S																	230301	2.735.200	437.700	0	0	0	0	EPS008	2.735.200	109.500	14-11	2.735.200	5	190.400	CCF24	2.735.200	109.500	0	0	0	0	0
3	CC	1030598862	PEÑA RONCANCIO LEIDY JOHANA	1	0			S												x					230201	2.630.000	420.800	0	0	0	0	EPS005	2.630.000	105.200	14-11	2.630.000	5	0	CCF24	2.630.000	0	0	0	0	0	0
4	CC	1075650725	TRIANA TRIVIÑO BRAYAN STEVEN	1	0			S								x									230301	1.400.150	224.100	0	0	0	0	EPS017	1.400.150	56.100	14-11	1.400.150	5	97.500	CCF24	1.400.150	56.100	0	0	0	0	0
5	CC	1075650725	TRIANA TRIVIÑO BRAYAN STEVEN	1	0			S																3	230301	142.350	22.800	0	0	0	0	EPS017	142.350	5.700	14-11	142.350	5	0	CCF24	142.350	5.700	0	0	0	0	0
6	CC	1076241044	PATIÑO PALACIOS OMAR YESID	1	0			S								x									230301	1.439.676	230.400	0	0	0	0	EPS037	1.439.676	57.600	14-11	1.439.676	5	100.300	CCF24	1.439.676	57.600	0	0	0	0	0
7	CC	1076670760	ROCHA CASTIBLANCO MARLON	1	0			S								x									25-14	1.076.068	172.200	0	0	0	0	EPS017	1.076.068	43.100	14-11	1.076.068	5	74.900	CCF24	1.076.068	43.100	0	0	0	0	0
8	CC	1076670760	ROCHA CASTIBLANCO MARLON	1	0			S													x				25-14	474.500	76.000	0	0	0	0	EPS017	474.500	19.000	14-11	474.500	5	0	CCF24	474.500	19.000	0	0	0	0	0
9	CC	1076736655	RAMIREZ GUTIERREZ JUAN DAVID	1	0			S								x									230201	1.534.271	245.500	0	0	0	0	EPS005	1.534.271	61.400	14-11	1.534.271	5	106.800	CCF24	1.534.271	61.400	0	0	0	0	0
10	CC	1095927417	MONTERO ZAMBRANO OSCAR JAVIER	1	0			S								x									230301	2.823.864	451.900	0	0	0	0	EPS010	2.823.864	113.000	14-11	2.823.864	5	196.600	CCF24	2.823.864	113.000	0	0	0	0	0
11	CC	1106780087	CRUZ SANTA EDILBERTO	1	0			S								x									230301	4.126.189	660.200	0	0	0	0	EPS002	4.126.189	165.100	14-11	4.126.189	5	287.200	CCF24	4.126.189	165.100	0	0	0	0	0
12	CC	1118538355	BECERRA ZABALA GERZAN MAURICIO	1	0			S																	230301	2.266.667	362.700	0	0	0	0	EPS037	2.266.667	90.700	14-11	2.266.667	5	157.800	CCF24	2.266.667	90.700	0	0	0	0	0
13	CC	1118538355	BECERRA ZABALA GERZAN MAURICIO	1	0			S													x				230301	1.733.334	277.400	0	0	0	0	EPS037	1.733.334	69.400	14-11	1.733.334	5	0	CCF24	1.733.334	69.400	0	0	0	0	0
14	CC	35426309	NIETO DIAZ JOHANNA MARCELA	1	0			S								x									230201	2.952.364	472.400	0	0	0	0	EPS005	2.952.364	118.100	14-11	2.952.364	5	205.500	CCF24	2.952.364	118.100	0	0	0	0	0
15	CC	71941193	ALVAREZ PALACIO JOSE	1	0			S								x									231001	1.447.764	231.700	0	0	0	0	EPS017	1.447.764	58.000	14-11	1.447.764	5	100.800	CCF24	1.447.764	58.000	0	0	0	0	0
16	CC	79408668	NAJAR LINARES EGWARD ALFONSO	1	0			S																	230301	3.500.000	560.000	0	0	0	0	EPS005	3.500.000	140.000	14-11	3.500.000	5	243.600	CCF24	3.500.000	140.000	0	0	0	0	0
17	CC	79764603	FONSECA JOHN ALEXANDER	1	0			S																	25-14	1.893.600	303.000	0	0	0	0	EPS008	1.893.600	75.800	14-11	1.893.600	5	131.800	CCF24	1.893.600	75.800	0	0	0	0	0

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

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
NIT 830085235	1	TIBOCOR SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PLANTA ZIPAQUIRA	Carrera 17 #150-44 oficina 203	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3483718	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	1697810142	9490256405	E	2025/08/11	2025/08/13	BANCO CAJA SOCIAL	2	$2,616,800

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: PLANTA ZIPAQUIRA (3 Afiliados)																						$8,440,000	$1,350,400			$8,440,000	$337,600			$8,440,000	$337,600			$8,440,000		$587,600		$0	$0		$2,613,200
Centro de Trabajo: TARIFA V - 6.96 (3 Afiliados)																						$8,440,000	$1,350,400			$8,440,000	$337,600			$8,440,000	$337,600			$8,440,000		$587,600		$0	$0		$2,613,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)																						$8,440,000	$1,350,400			$8,440,000	$337,600			$8,440,000	$337,600			$8,440,000		$587,600		$0	$0		$2,613,200
1	CC	1012438093	AGUDELO LIBIA																	230301	30	$1,600,000	$256,000	EPS010	30	$1,600,000	$64,000	CCF24	30	$1,600,000	$64,000	14-23	30	$1,600,000	6.960%	$111,400	30	$0	$0	Si	$495,400
2	CC	79622344	CORREA LUIS																	25-14	30	$3,420,000	$547,200	EPS005	30	$3,420,000	$136,800	CCF24	30	$3,420,000	$136,800	14-23	30	$3,420,000	6.960%	$238,100	30	$0	$0	Si	$1,058,900
3	CC	80815732	RODRIGUEZ RAUL																	230301	30	$3,420,000	$547,200	EPS002	30	$3,420,000	$136,800	CCF24	30	$3,420,000	$136,800	14-23	30	$3,420,000	6.960%	$238,100	30	$0	$0	Si	$1,058,900
Total			**Afiliados(3)**																			$8,440,000	$1,350,400			$8,440,000	$337,600			$8,440,000	$337,600			$8,440,000		$587,600		$0	$0		$2,613,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 830085235	1	TIBOCOR SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PLANTA ZIPAQUIRA	Carrera 17 #150-44 oficina 203	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3483718	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-08	1697810142	9490256405	E	2025/08/11	2025/08/13	BANCO CAJA SOCIAL	2	$2,616,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$1,350,400	$1,800	$0	$1,352,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$547,200	$700	$0	$547,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$803,200	$1,100	$0	$804,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$587,600	$800	$0	$588,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	3	$587,600	$800	$0	$588,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$337,600	$500	$0	$338,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	3	$337,600	$500	$0	$338,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				3	$337,600	$500	$0	$338,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$64,000	$100	$0	$64,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$136,800	$200	$0	$137,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$136,800	$200	$0	$137,000
TOTAL				3	$2,613,200	$3,600	$0	$2,616,800

2025/08/13 07:28 AM

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 73161745		CARRILLO TAMARA LUIS FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR9-6560	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3003692	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1699775213	9489485361	I	2025/08/13	2025/08/14	NEQUI	1	$615,800

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	73161745	CARRILLO LUIS																		230301	30	$1,735,000	$277,600	EPS017	30	$1,735,000	$216,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,735,000	$120,800	0	$0	$0	No	$615,300
Total	**Afiliados(1)**																						$1,735,000	$277,600			$1,735,000	$216,900			$0	$0			$1,735,000	$120,800		$0	$0		$615,300

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 73161745		CARRILLO TAMARA LUIS FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR9-6560	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3003692	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1699775213	9489485361	I	2025/08/13	2025/08/14	NEQUI	1	$615,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$277,600	$200	$0	$277,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$277,600	$200	$0	$277,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$120,800	$100	$0	$120,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$120,800	$100	$0	$120,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$216,900	$200	$0	$217,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$216,900	$200	$0	$217,100
TOTAL				1	$615,300	$500	$0	$615,800

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	1032359946	JUAN SEBASTIAN DE PLAZA SOLORZANO	CALLE 163B # 45-32 INT 2 APTO 203	8062980	jusedepla@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	11/08/2025	88543876	$504.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	99.100				99.100	0	0	99.100			991	99.100	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	99.100	99.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	504.900	504.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032359946	JUAN SEBASTIAN DE PLAZA SOLORZANO		CALLE 163B # 45-32 INT 2 APTO 203	8062980	jusedepla@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I -- Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	11/08/2025	88543876	$504.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	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	1032359946	DE PLAZA SOLORZANO JUAN SEBASTIAN	57	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	5	99.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900505840-3	JESUS PEREZ ZORRO INVERSIONES SAS		CRA 21 NO 159-13	4732047	sandra.diazl@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	COLEGIO FLEMIN	123	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				4	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	13/08/2025	88979837	$1.765.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	57.000	0		0		0	1	100	0	57.100	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	57.000	0		0		0	1	100	0	57.100	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	114.000	0		0		0	1	100	0	114.100	2

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	455.600	0	0	0	0	1	300	0	455.900	2
230301	Porvenir	800224808-8	455.600	0	0	0	0	1	300	0	455.900	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	396.400				396.400	1	300	396.700			3.964	396.700	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	228.000	1	200	228.200	4

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	228.000	228.300
Pensión	2	911.200	911.800
Riesgos Laborales	1	396.400	396.700
CCF	1	228.000	228.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	1.763.600	1.765.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900505840-3	JESUS PEREZ ZORRO INVERSIONES SAS		CRA 21 NO 159-13	4732047	sandra.diazl@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	COLEGIO FLEMIN	123	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	13/08/2025	88979837	$1.765.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IRO	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	1000943317	BARRIOS PEREZ YULI SOFIA	1	0			S																	230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS008	1,423,500	57,000	14-4	1,423,500	5	99,100	CCF21	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
2	CC	1050482299	MENDOZA VELASQUEZ BRAYAN DAVID	1	0			S																	230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS010	1,423,500	57,000	14-4	1,423,500	5	99,100	CCF21	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
3	CC	80378301	PEREZ BARACALDO JORGE ELIECER	1	0			S																	230201	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS010	1,423,500	57,000	14-4	1,423,500	5	99,100	CCF21	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0
4	CC	80744476	BONILLA BECERRA JULIO CESAR	1	0			S																	230201	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS002	1,423,500	57,000	14-4	1,423,500	5	99,100	CCF21	1,423,500	57,000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900505840-3	JESUS PEREZ ZORRO INVERSIONES SAS		CRA 21 NO 159-13	4732047	sandra.diazl@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	897	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					9	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	27/08/2025	89319550	$4.006.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	114.000	0		0		0	15	1.100	0	115.100	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	57.000	0		0		0	15	600	0	57.600	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	57.000	0		0		0	15	600	0	57.600	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	171.000	0		0		0	15	1.700	0	172.700	3
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	57.000	0		0		0	15	600	0	57.600	1
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	57.000	0		0		0	15	600	0	57.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	455.600	0	0	0	0	15	4.400	0	460.000	2
230301	Porvenir	800224808-8	1.139.000	0	0	0	0	15	10.900	0	1.149.900	5
231001	Colfondos	800227940-6	455.600	0	0	0	0	15	4.400	0	460.000	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	891.900				891.900	15	8.500	900.400			8.919	900.400	9

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	513.000	15	4.900	517.900	9

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900505840-3	JESUS PEREZ ZORRO INVERSIONES SAS		CRA 21 NO 159-13	4732047	sandra.diazl@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	897	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				9	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	27/08/2025	89319550	$4.006.400	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	15	0	0	0
ICBF				
0	15	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	6	513.000	518.200
Pensión	3	2.050.200	2.069.900
Riesgos Laborales	1	891.900	900.400
CCF	1	513.000	517.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	3.968.100	4.006.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900505840-3	JESUS PEREZ ZORRO INVERSIONES SAS		CRA 21 NO 159-13	4732047	sandra.diazl@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	897	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					9	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	27/08/2025	89319550	$4.006.400	

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	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	1002271144	ROQUEME CASTRO JUAN CARLOS	1	0			S	X																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
2	CC	1007206237	SARMIENTO ZUÑIGA ERGAR	1	0			S	X																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	1023964995	RUBIO FRANCO JOSE MANUEL	1	0			S	X																230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
4	CC	73591071	LOPEZ MUÑOZ EINER	1	0			S	X																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
5	CC	78711379	PASTRANA RAMOS JHON JAIRO	1	0			S	X																231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
6	CC	79139503	AGUILLON AGUILLON ALEXANDER	1	0			S	X																231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
7	CC	80129238	CARRILLO SANCHEZ FRANCISCO	1	0			S	X																230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
8	CC	80146084	FONSECA SANABRIA LUIS FERNANDO	1	0			S	X																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
9	CC	9116471	ROCHA GIL JOSE DE LOS SANTOS	1	0			S	X																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	ESSC07	1.423.500	57.000	14-4	1.423.500	5	99.100	CCF21	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901839573-9	PROARKING ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS		Carrera 21 159 13	0000000	facturas@proarking.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	A – Más de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					41	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	16/07/2025	88227307	$13.430.100	

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	507.300	0		0		0	0	0	0	507.300	11
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	229.900	0		0		0	0	0	0	229.900	6
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	140.000	0		0		0	0	0	0	140.000	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	36.100	0		0		0	0	0	0	36.100	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	212.800	0		0		0	0	0	0	212.800	6
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	380.000	0		0		0	0	0	0	380.000	10
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	155.800	0		0		0	0	0	0	155.800	4
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	74.100	0		0		0	0	0	0	74.100	2

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	1.266.300	0	0	0	0	0	0		1.266.300	6
230301	Porvenir	800224808-8	3.948.600	0	0	0	0	0	0		3.948.600	25
231001	Colfondos	800227940-6	971.900	0	0	0	0	0	0		971.900	5
25-14	Colpensiones	900336004-7	751.700	0	0	0	0	0	0		751.700	5

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	3.019.600				3.019.600	0	0	3.019.600			30.196	3.019.600	41

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.736.000	0	0	1.736.000	41

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901839573-9	PROARKING ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS		Carrera 21 159 13	0000000	facturas@proarking.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	A – Más de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					41	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	16/07/2025	88227307	$13.430.100	

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	8	1.736.000	1.736.000
Pensión	4	6.938.500	6.938.500
Riesgos Laborales	1	3.019.600	3.019.600
CCF	1	1.736.000	1.736.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	14	13.430.100	13.430.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901839573-9	PROARKING ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS		Carrera 21 159 13	0000000	facturas@proarking.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	A – Más de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					41	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	16/07/2025	88227307	$13.430.100	

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901839573-9	PROARKING ARQUITECTURA E INGENIERIA SAS		Carrera 21 159 13	0000000	facturas@proarking.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	A – Más de 200 cot			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				41	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	16/07/2025	88227307	$13.430.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VgP	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	1000860845	NAVARRO PEREZ DIEGO ALEJANDRO	1	0			S	X	X															230301	1.281.150	205.000	0	0	0	0	EPS017	1.281.150	51.300	14-11	1.281.150	5	89.200	CCF24	1.281.150	51.300	0	0	0	0	0
2	CC	1002364958	AYALA FONSECA JORDAN ESTEBAN	1	0			S	X																230301	1.186.250	189.800	0	0	0	0	EPS041	1.186.250	47.500	14-11	1.186.250	5	82.600	CCF24	1.186.250	47.500	0	0	0	0	0
3	CC	1002687247	MEDINA IBAÑEZ EDWIN ALEXANDER	1	0			S	X																230201	1.138.800	182.300	0	0	0	0	EPS005	1.138.800	45.600	14-11	1.138.800	5	79.300	CCF24	1.138.800	45.600	0	0	0	0	0
4	CC	1005341789	VEGA CASTAÑEDA ABDULAH MOHAMMETH	1	0			S	X																230301	901.550	144.300	0	0	0	0	EPS037	901.550	36.100	14-11	901.550	5	62.800	CCF24	901.550	36.100	0	0	0	0	0
5	CC	1007136562	MENA CABALLERO JUAN MANUEL	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
6	CC	1016072768	BECERRA BECERRA NESTOR FERNANDO	1	0			S	X																230301	474.500	76.000	0	0	0	0	EPS017	474.500	19.000	14-11	474.500	5	33.100	CCF24	474.500	19.000	0	0	0	0	0
7	CC	1019117967	CARREÑO BONILLA MIGUEL ARTURO	1	0			S	X																230301	806.650	129.100	0	0	0	0	EPS037	806.650	32.300	14-11	806.650	5	56.200	CCF24	806.650	32.300	0	0	0	0	0
8	CC	1038436537	RAMOS COTERA CARLOS ANDRES	1	0			S	X																230201	901.550	144.300	0	0	0	0	EPS017	901.550	36.100	14-11	901.550	5	62.800	CCF24	901.550	36.100	0	0	0	0	0
9	CC	1047517584	TRUJILLO TORRES CLAUDIO ANDRES	1	0			S	X																231001	901.550	144.300	0	0	0	0	EPS041	901.550	36.100	14-11	901.550	5	62.800	CCF24	901.550	36.100	0	0	0	0	0
10	CC	1048822717	FUENTES CIFUENTES FABIAN LEONARDO	1	0			S	X																230301	901.550	144.300	0	0	0	0	EPS037	901.550	36.100	14-11	901.550	5	62.800	CCF24	901.550	36.100	0	0	0	0	0
11	CC	1049321204	ROCHA GONZALEZ CLEMENTE	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
12	CC	1049326254	ESCOBAR ROCHA IVAN DARIO	1	0			S	X																230301	1.186.250	189.800	0	0	0	0	EPS017	1.186.250	47.500	14-11	1.186.250	5	82.600	CCF24	1.186.250	47.500	0	0	0	0	0
13	CC	1049627947	GARAVITO MORENO CESAR IVAN	1	0			S	X	X															230301	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS002	47.450	1.900	14-11	47.450	5	3.400	CCF24	47.450	1.900	0	0	0	0	0
14	CC	1049645440	MARTINEZ RODRIGUEZ JEHIMI ALEXIS	1	0			S	X																230301	616.850	98.700	0	0	0	0	EPS037	616.850	24.700	14-11	616.850	5	43.000	CCF24	616.850	24.700	0	0	0	0	0
15	CC	1049647455	SORACA MACIAS JORGE SEBASTIAN	1	0			S	X																230301	616.850	98.700	0	0	0	0	EPS005	616.850	24.700	14-11	616.850	5	43.000	CCF24	616.850	24.700	0	0	0	0	0
16	CC	1051739313	ROCHA GIL LEONEL	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
17	CC	1019002623	SAAVEDRA MALAMBO CRISTIAN CAMILO	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
18	CC	1053333478	MORENO RODRIGUEZ LUIS CARLOS	1	0			S	X																25-14	806.650	129.100	0	0	0	0	EPS005	806.650	32.300	14-11	806.650	5	56.200	CCF24	806.650	32.300	0	0	0	0	0
19	CC	1064979171	SEPULVEDA CONTRERAS MARCELO JOSE	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
20	CC	1069751002	JOYA PARRA ANGEL NOLBERTO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
21	CC	1075212343	LLANOS USECHE HAROLD SMITH	1	0			S	X																25-14	616.850	98.700	0	0	0	0	EPS037	616.850	24.700	14-11	616.850	5	43.000	CCF24	616.850	24.700	0	0	0	0	0
22	CC	1193437417	MOSCOTE MARTINEZ LUIS ALFREDO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
23	CC	1049325347	ESCOBAR ROCHA LUIS DAVID	1	0			S	X																231001	1.186.250	189.800	0	0	0	0	EPS002	1.186.250	47.500	14-11	1.186.250	5	82.600	CCF24	1.186.250	47.500	0	0	0	0	0
24	CC	4249219	DAZA CUERVO JOSE MESIAS	1	0			S	X																230301	996.450	159.500	0	0	0	0	EPS037	996.450	39.900	14-11	996.450	5	69.400	CCF24	996.450	39.900	0	0	0	0	0
25	CC	4293982	SANCHEZ RODRIGUEZ RAFAEL ANTONIO	1	0			S	X																230301	569.400	91.200	0	0	0	0	EPS037	569.400	22.800	14-11	569.400	5	39.700	CCF24	569.400	22.800	0	0	0	0	0
26	CC	7160210	MARTINEZ FONSECA JOSE ANANIAS	1	0			S	X																230301	616.850	98.700	0	0	0	0	ESSC24	616.850	24.700	14-11	616.850	5	43.000	CCF24	616.850	24.700	0	0	0	0	0
27	CC	7161456	PACHON GALVIS LEONARDO	1	0			S	X	X															25-14	1.233.700	197.400	0	0	0	0	EPS037	1.233.700	49.400	14-11	1.233.700	5	85.900	CCF24	1.233.700	49.400	0	0	0	0	0
28	CC	7164826	CHISICA JORGE ENRIQUE	1	0			S	X																231001	1.281.150	205.000	0	0	0	0	EPS005	1.281.150	51.300	14-11	1.281.150	5	89.200	CCF24	1.281.150	51.300	0	0	0	0	0
29	CC	1052946774	AVILA GONZALEZ JOSE GREGORIO	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
30	CC	7643194	MOSCOTE MUÑOZ JOSE GREGORIO	1	0			S																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
31	CC	77156176	OROZCO MIRANDA OMAR	1	0			S	X																230301	1.186.250	189.800	0	0	0	0	EPS041	1.186.250	47.500	14-11	1.186.250	5	82.600	CCF24	1.186.250	47.500	0	0	0	0	0
32	CC	79897802	RODRIGUEZ MORENO YUBER ENRIQUE	1	0			S	X	X															230301	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS002	47.450	1.900	14-11	47.450	5	3.400	CCF24	47.450	1.900	0	0	0	0	0
33	CC	8052284	SOLANO COTERA JESUS EUCARIS	1	0			S	X																230201	901.550	144.300	0	0	0	0	EPS010	901.550	36.100	14-11	901.550	5	62.800	CCF24	901.550	36.100	0	0	0	0	0
34	CC	80738273	HERRERA GONZALEZ JHONNY ALEJANDRO	1	0			S	X	X															230201	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS017	47.450	1.900	14-11	47.450	5	3.400	CCF24	47.450	1.900	0	0	0	0	0
35	CC	17221956	LOPEZ VARGAS ELBER	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
36	CC	91437546	CONTRERAS ARGEMIRO	1	0			S	X																231001	1.281.150	205.000	0	0	0	0	EPS005	1.281.150	51.300	14-11	1.281.150	5	89.200	CCF24	1.281.150	51.300	0	0	0	0	0
37	CC	91440390	PINILLA PINEDA GUSTAVO	1	0			S	X																25-14	616.850	98.700	0	0	0	0	EPS041	616.850	24.700	14-11	616.850	5	43.000	CCF24	616.850	24.700	0	0	0	0	0
38	CC	93151193	SAAVEDRA MALAMBO HUGO ALFONSO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
39	CC	9397272	PEREZ ZORRO CANTALICIO DE JESUS	1	0			S																	230201	3.500.000	560.000	0	0	0	0	EPS008	3.500.000	140.000	14-11	3.500.000	5	243.600	CCF24	3.500.000	140.000	0	0	0	0	0
40	CC	9450256	CARDENAL CUCHIVAGUE FABIAN	1	0			S	X																230301	616.850	98.700	0	0	0	0	EPS005	616.850	24.700	14-11	616.850	5	43.000	CCF24	616.850	24.700	0	0	0	0	0
41	CC	7168410	SANDOVAL MANRIQUE ENALDO	1	0			S	X																230301	1.233.700	197.400	0	0	0	0	ESSC24	1.233.700	49.400	14-11	1.233.700	5	85.900	CCF24	1.233.700	49.400	0	0	0	0	0

652

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901469791-1	MENPIZ MYP SAS	CARRERA 68G 46 12 SUR	3204165590	menpizcontabilidad@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				7	0
2025-08	2025-07	E	21/08/2025	89109039	TOTAL A PAGAR	
					$1.808.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	60.800	0		0		0	0	0	0	60.800	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	57.000	0		0		0	0	0	0	57.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	115.900	0		0		0	0	0	0	115.900	3

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	698.600	0	0	0	0	0	0		698.600	5
25-14	Colpensiones	900336004-7	235.400	0	0	0	0	0	0		235.400	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	406.600				406.600	0	0	406.600			4.066	406.600	7

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	233.700	0	0	233.700	7

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	3	233.700	233.700
Pensión	2	934.000	934.000
Riesgos Laborales	1	406.600	406.600
CCF	1	233.700	233.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	1.808.000	1.808.000

PAGADA

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

653

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901469791-1	MENPIZ MYP SAS		CARRERA 68G 46 12 SUR	3204165590	menpizcontabilidad@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	21/08/2025	89109039	$1.808.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000603170	HERRERA CANO DIEGO ANDRES	1	0			S	X	X															230301	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS002	47.450	1.900	14-11	47.450	5	3.400	CCF24	47.450	1.900	0	0	0	0	0
2	CC	1000616857	RINCON JIMENEZ BRAYAN JAVIER	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	1000990390	CALDERON CAPERA DUBERNEY	1	0			S		X															230301	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS017	47.450	1.900	14-11	47.450	5	3.400	CCF24	47.450	1.900	0	0	0	0	0
4	CC	1026273403	MONTEALEGRE QUINTERO MICHAEL SNEIDER	1	0			S	X																25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
5	CC	1079032455	URREGO BELTRAN DIDIER	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
6	CC	1082879294	GUZMAN CASTILLO DAVID ALBERTO	1	0			S	X	X															25-14	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS002	47.450	1.900	14-11	47.450	5	3.400	CCF24	47.450	1.900	0	0	0	0	0
7	CC	13990837	MENDEZ LOPEZ JOSE ERNESTO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	57.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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