proes.
grupoproes

CERTIFICADOS DE PAZ Y SALVO DE APORTES SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

GRUPO PROES COLOMBIA
Tel.: 601 256 3155, Móvil: 316 523 7281
Calle 98 N° 70 – 91, Bogotá – Colombia
Centro Empresarial Pontevedra P.H., Oficina 516 / 517
www.proes.es

proes.
grupoproes

CERTIFICADO DE PAGO APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Yo, **PAOLA ALEXANDRA MUÑOZ BOHORQUEZ**, identificada con cédula de ciudadanía **No. 52.870.503** de Bogotá, en calidad de Representante Legal, manifiesto bajo la gravedad del juramento que la compañía **PROES LATAM S.A.S.**, identificada con **NIT: 901.860.103 - 8**, debidamente inscrito ante Cámara de Comercio de Bogotá D.C., certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensionales y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, (Artículo 65 Ley 1819 de 2016), cuando ello hubiere lugar, pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses, contados a partir de la fecha de suscripción del presente documento. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

La constancia se firma en Bogotá, a los veinticuatro (24) días del mes de marzo de 2026.

PAOLA A. MUÑOZ BOHORQUEZ

Firmado digitalmente por PAOLA A. MUÑOZ BOHORQUEZ
DN: CN=PAOLA A. MUÑOZ BOHORQUEZ, OU=GRUPO PROES, E=administracion@proescolombia.com
Razón: Soy el autor de este documento
Ubicación:
Fecha: 2026.03.20 13:12:59-05'00'
Foxit PDF Editor Versión: 2025.3.0

Paola A. Muñoz Bohórquez.
Representante Legal
PROES LATAM S.A.S.
NIT: 901.860.103 – 8

proes.
grupoproes

CERTIFICADO DE PAGO APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Yo, **PAOLA ALEXANDRA MUÑOZ BOHORQUEZ**, identificada con cédula de ciudadanía **No. 52.870.503** de Bogotá, en calidad de Representante Legal, manifiesto bajo la gravedad del juramento que la compañía **PROES INGENIERÍA S.A.S.**, identificada con **NIT: 901.286.572 - 7**, debidamente inscrito ante Cámara de Comercio de Bogotá D.C., certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensionales y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, (Artículo 65 Ley 1819 de 2016), cuando ello hubiere lugar, pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses, contados a partir de la fecha de suscripción del presente documento. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

La constancia se firma en Bogotá, a los veinticuatro (24) días del mes de marzo de 2026.

PAOLA A. MUÑOZ BOHORQUEZ

Firmado digitalmente por PAOLA A. MUÑOZ BOHORQUEZ
DN: CN=PAOLA A. MUÑOZ BOHORQUEZ, OU=GRUPO PROES, E=administracion@proescolombia.com
Razón: Soy el autor de este documento
Ubicación:
Fecha: 2026.03.20 13:12:44-05'00'
Foxit PDF Editor Versión: 2025.3.0

Paola A. Muñoz Bohórquez.
Representante Legal
PROES INGENIERÍA S.A.S.
NIT: 901.286.572 - 7

proes.
grupoproes

CERTIFICADO DE PAGO APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Yo, **PAOLA ALEXANDRA MUÑOZ BOHORQUEZ**, identificada con cédula de ciudadanía **No. 52.870.503** de Bogotá, en calidad de Representante Legal, manifiesto bajo la gravedad del juramento que la compañía **CONSORCIO ESTUDIOS PROES S.A.S.**, identificada con **NIT: 901.947.596 - 0**, debidamente inscrito ante Cámara de Comercio de Bogotá D.C., certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensionales y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, (Artículo 65 Ley 1819 de 2016), cuando ello hubiere lugar, pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses, contados a partir de la fecha de suscripción del presente documento. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

La constancia se firma en Bogotá, a los veinticuatro (24) días del mes de marzo de 2026.

PAOLA A. MUÑOZ BOHORQUEZ

Firmado digitalmente por PAOLA A. MUÑOZ BOHORQUEZ
DN: CN=PAOLA A. MUÑOZ BOHORQUEZ, OU=GRUPO PROES, E=administracion@proescolombia.com
Razón: Soy el autor de este documento
Ubicación:
Fecha: 2026.03.20 13:12:22-05'00'
Foxit PDF Editor Versión: 2025.3.0

Paola A. Muñoz Bohórquez.
Representante Legal
CONSORCIO ESTUDIOS PROES S.A.S.
NIT: 901.947.596 – 0

proes.
grupoproes

PLANILLAS DE PAGO DE APORTES SEGURIDAD SOCIAL PROES

GRUPO PROES COLOMBIA
Tel.: 601 256 3155, Móvil: 316 523 7281
Calle 98 N° 70 – 91, Bogotá – Colombia
Centro Empresarial Pontevedra P.H., Oficina 516 / 517
www.proes.es

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **PROES LATAM SAS**, identificada con **NI** número **901860103**, aportó por **JHONATHAN DAVID GUTIERREZ RAMIREZ** identificado(a) con **CC** número **1032398510** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 10 - 2025 y 02 - 2026 de la siguiente forma.

[redacted]	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCIÓN	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1															0		30	$4,500,000	0.00522	$23,500	$0	$0	Octubre - 2025	91189247	07/11/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$4,500,000	0.04000	$180,000	$0	$0	Octubre - 2025	91189247	07/11/2025	Si
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1															0		30	$4,500,000	0.16000	$720,000	$0	$0	Octubre - 2025	91189247	07/11/2025	Si
EPS002	Salud Total EPS	1															0		30	$4,500,000	0.04000	$180,000	$0	$0	Noviembre - 2025	91189247	07/11/2025	Si
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1															0		30	$4,500,000	0.00522	$23,500	$0	$0	Noviembre - 2025	91980932	02/12/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$4,500,000	0.04000	$180,000	$0	$0	Noviembre - 2025	91980932	02/12/2025	Si
230[redacted]	roteccion (ING + Proteccion)	1															0		30	$4,500,000	0.16000	$720,000	$0	$0	Noviembre - 2025	91980932	02/12/2025	Si
EPS002	Salud Total EPS	1															0		30	$4,500,000	0.04000	$180,000	$0	$0	Diciembre - 2025	91980932	02/12/2025	Si
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1															0		30	$4,500,000	0.00522	$23,500	$0	$0	Diciembre - 2025	92707114	02/01/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$4,500,000	0.04000	$180,000	$0	$0	Diciembre - 2025	92707114	02/01/2026	Si
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1															0		30	$4,500,000	0.16000	$720,000	$0	$0	Diciembre - 2025	92707114	02/01/2026	Si
EPS002	Salud Total EPS	1															0		30	$4,500,000	0.04000	$180,000	$0	$0	Enero - 2026	92707114	02/01/2026	Si
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1															0		30	$4,500,000	0.06960	$313,200	$0	$0	Enero - 2026	46481689	04/02/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$4,500,000	0.04000	$180,000	$0	$0	Enero - 2026	46481689	04/02/2026	Si
[redacted]	Proteccion (ING + Proteccion)	1															0		30	$4,500,000	0.16000	$720,000	$0	$0	Enero - 2026	46481689	04/02/2026	Si
EPS002	Salud Total EPS	1															0		30	$4,500,000	0.04000	$180,000	$0	$0	Febrero - 2026	46481689	04/02/2026	Si

PAGADO

El presente certificado se expide a los **20** días del mes **Marzo** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **PROES LATAM SAS**, identificada con **NI** número **901860103**, aportó por **CESAR AGUSTO BAUTISTA ORTEGA** identificado(a) con **CC** número **1101690238** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 10 - 2025 y 02 - 2026 de la siguiente forma.

[redacted]	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		30	$3,500,000	0.16000	$560,000	$0	$0	Octubre - 2025	91189247	07/11/2025	Si
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1															0		30	$3,500,000	0.06960	$243,600	$0	$0	Octubre - 2025	91189247	07/11/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$3,500,000	0.04000	$140,000	$0	$0	Octubre - 2025	91189247	07/11/2025	Si
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1															0		30	$3,500,000	0.04000	$140,000	$0	$0	Noviembre - 2025	91189247	07/11/2025	Si
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		30	$3,500,000	0.16000	$560,000	$0	$0	Noviembre - 2025	91980932	02/12/2025	Si
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1															0		30	$3,500,000	0.06960	$243,600	$0	$0	Noviembre - 2025	91980932	02/12/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$3,500,000	0.04000	$140,000	$0	$0	Noviembre - 2025	91980932	02/12/2025	Si
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1															0		30	$3,500,000	0.04000	$140,000	$0	$0	Diciembre - 2025	91980932	02/12/2025	Si
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		30	$3,500,000	0.16000	$560,000	$0	$0	Diciembre - 2025	92707114	02/01/2026	Si
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1															0		30	$3,500,000	0.06960	$243,600	$0	$0	Diciembre - 2025	92707114	02/01/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$3,500,000	0.04000	$140,000	$0	$0	Diciembre - 2025	92707114	02/01/2026	Si
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1															0		30	$3,500,000	0.04000	$140,000	$0	$0	Enero - 2026	92707114	02/01/2026	Si
[redacted]	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1										X					0		3	$350,000	0.16000	$56,000	$0	$0	Enero - 2026	46481689	04/02/2026	Si
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		27	$3,150,000	0.16000	$504,000	$0	$0	Enero - 2026	46481689	04/02/2026	Si
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1										X					0		3	$350,000	0.00000	$0	$0	$0	Enero - 2026	46481689	04/02/2026	Si
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1															0		27	$3,150,000	0.06960	$219,300	$0	$0	Enero - 2026	46481689	04/02/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1										X					0		3	$350,000	0.00000	$0	$0	$0	Enero - 2026	46481689	04/02/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		27	$3,150,000	0.04000	$126,000	$0	$0	Enero - 2026	46481689	04/02/2026	Si
[redacted]	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1										X					0		3	$350,000	0.04000	$14,000	$0	$0	Febrero - 2026	46481689	04/02/2026	Si
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1															0		27	$3,150,000	0.04000	$126,000	$0	$0	Febrero - 2026	46481689	04/02/2026	Si

El presente certificado se expide a los **20** días del mes **Marzo** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **PROES LATAM SAS**, identificada con **NI** número **901860103**, aportó por **AULIO TOVAR SOLANO** identificado(a) con **CC** número **79726347** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 10 - 2025 y 02 - 2026 de la siguiente forma.

[redacted]	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCIÓN	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1															0		30	$7,000,000	0.06960	$487,200	$0	$0	Octubre - 2025	91189247	07/11/2025	Si
231001	Colfondos	1															0		30	$7,000,000	0.16000	$1,120,000	$35,000	$35,000	Octubre - 2025	91189247	07/11/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$7,000,000	0.04000	$280,000	$0	$0	Octubre - 2025	91189247	07/11/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$7,000,000	0.04000	$280,000	$0	$0	Noviembre - 2025	91189247	07/11/2025	Si
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1															0		30	$7,000,000	0.06960	$487,200	$0	$0	Noviembre - 2025	91980932	02/12/2025	Si
231001	Colfondos	1															0		30	$7,000,000	0.16000	$1,120,000	$35,000	$35,000	Noviembre - 2025	91980932	02/12/2025	Si
CCF[redacted]	ompensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$7,000,000	0.04000	$280,000	$0	$0	Noviembre - 2025	91980932	02/12/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$7,000,000	0.04000	$280,000	$0	$0	Diciembre - 2025	91980932	02/12/2025	Si
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1															0		30	$7,000,000	0.06960	$487,200	$0	$0	Diciembre - 2025	92707114	02/01/2026	Si
231001	Colfondos	1															0		30	$7,000,000	0.16000	$1,120,000	$35,000	$35,000	Diciembre - 2025	92707114	02/01/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$7,000,000	0.04000	$280,000	$0	$0	Diciembre - 2025	92707114	02/01/2026	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$7,000,000	0.04000	$280,000	$0	$0	Enero - 2026	92707114	02/01/2026	Si
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1															0		30	$7,000,000	0.06960	$487,200	$0	$0	Enero - 2026	46481689	04/02/2026	Si
231001	Colfondos	1															0		30	$7,000,000	0.16000	$1,120,000	$0	$0	Enero - 2026	46481689	04/02/2026	Si
[redacted]	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$7,000,000	0.04000	$280,000	$0	$0	Enero - 2026	46481689	04/02/2026	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$7,000,000	0.04000	$280,000	$0	$0	Febrero - 2026	46481689	04/02/2026	Si

PAGADO

El presente certificado se expide a los **20** días del mes **Marzo** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52349425	MONICA ANDREA GARZON ROBLEDO		Calle 79 17 c 38	6737509	andreaa27@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			TOLIMA	IBAGUÉ		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	
2026-01	2026-01	I	26/01/2026	41561703	$1.481.100	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	625.000	0		0		0	0	0	0	625.000	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	800.000	0	0	0	0	0	0		800.000	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	26.100				26.100	0	0	26.100			261	26.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF50	Comfenalco	890700148-4	30.000	0	0	30.000	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	625.000	625.000
Pensión	1	800.000	800.000
Riesgos Laborales	1	26.100	26.100
CCF	1	30.000	30.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.481.100	1.481.100

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
CC	52349425	MONICA ANDREA GARZON ROBLEDO		Calle 79 17 c 38	6737509	andreaa27@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			TOLIMA	IBAGUÉ		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	
2026-01	2026-01	I	26/01/2026	41561703	$1.481.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	52349425	GARZON ROBLEDO MONICA ANDREA	57	0			N																	25-14	5.000.000	800.000	0	0	0	0	EPS005	5.000.000	625.000	14-11	5.000.000	1	26.100	CCF50	5.000.000	30.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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