Cxl 49226 (61)

20262600002822
No. 20262600002822
Fecha Radicado 09-APR-2026 12:27 PM
Nombre Radicador LADY BIBIANA GAR
Anexos 1

INSOR

	PROCESO GESTION FINANCIERA				Código: FOGF52
INSOR Instituto Nacional para Sordos	FORMATO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO - CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN (PERSONA NATURAL O PERSONA JURIDICA)				Versión: 3
					Fecha:27/01/2025

pendencia / Grupo:	Subdirección de Gestión Educativa	Pago No:	3	Total de pagos	12
				Pago Final	NO

INFORMACION BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

	BOGOTÁ	Fecha de presentación(dd-mm-año)		4/1/2026	
Razón Social:	ALLISON YULIANA FORERO CRUZ	Identificación:	Cédula de Ciudadanía		1.192.794.832
	3197760662	Correo electrónico		allisonforero103@gmail.com	

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	019 -2026	Mes a pagar o fracción de mes a pagar:	Mes	Marzo				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar					
No CDP	9226	No RP	6426	Valor del RP:	$ 49.500.000	Valor pendiente por pagar:	$ 38.850.000	
Fecha del contrato	13/1/2026	Fecha de acta de inicio:	20/1/2026		Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)		19/12/2026	
sabilidad del Contribuyente DIAN	Responsabilidad 49 - No responsable de IVA	Novedades del periodo a pagar	Sin novedades				Desde (D/M/A)	Hasta (D/M/A)

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios profesionales para apoyar el desarrollo de la fase IV de la estrategia de cualificación, dirigida a las instituciones educativas priorizadas en la vigencia 2026 que le sean asignadas, con énfasis en el componente académico de la oferta educativa.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	$ 4.500.000
	IVA	$ -
	Valor total	$ 4.500.000

Valor inicial contrato	$ 49.500.000
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	$ -
Valor Total:	$ 49.500.000
Total Ejecutado	$ 10.650.000
Saldo	$ 38.850.000
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	22%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	22%

Nota: Los porcentajes de ejecución incluyen el mes que se está cobrando en este formato

Valores pagados meses anteriores (no incluye el valor del mes que se esta cobrando. Si es responsable de IVA, se debe incluir el valor incluido IVA)

Pago No. 1	Pago No. 2	Pago No. 3	Pago No. 4	Pago No. 5	Pago No. 6
$ 1.650.000	$ 4.500.000				
Pago No. 7	**Pago No. 8**	**Pago No. 9**	**Pago No. 10**	**Pago No. 11**	**Pago No. 12**
Pago No. 13	**Pago No. 14**	**Pago No. 15**	**Pago No. 16**	**Pago No. 17**	**Pago No. 18**

VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y DEMAS OBLIGACIONES

CALCULO PARA CONTRATISTAS DEL APORTES OBLIGATORIOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL-SGSSI (SALUD, PENSIÓN, ARL) MÍNIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
$ 1.800.000,00	III	$ 225.000,00	$ 288.000,00	$ 43.848,00	N.A.	$ 556.848,00
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 225.000,00	$ 288.000,00	$ 43.900,00	$ 0,00	$ 556.900,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		Compensar EPS	Porvenir	Colmena		
PERIODO DE PAGO	Febrero	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	N.A.	

CERTIFICACIONES DEL SUPERVISOR:

1. En calidad de supervisor del contrato/orden de compra y otros anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción sus obligaciones, de acuerdo con lo establecido en el contrato, mediante el desarrollo de las actividades relacionadas en la descripción que constituye el soporte para el pago. Así mismo, se ha verificado que el contratista ha cumplido con las condiciones establecidas en la cláusula de forma de pago para trámitar el pago se autoriza mediante este documento. El cumplimiento fue verificado en ejercicio de la supervisión, con base en las evidencias o soportes respectivos que hacen parte integral de este informe, lo anterior, de conformidad con lo establecido en el artículo 83 y 84 de la Ley 1474/2011 y el inciso final del numeral 6. del Manual de Interventoría y Supervisión. SI__X__

2. En calidad de supervisor del contrato/órden de compra y/o otros, certifico que se verificó la entrega de los soportes de cumplimiento de aportes al sistema de seguridad social por parte del contratista (los soportes acreditan afiliación y pago), y que se observa que el Contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social, conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, decreto 723 de 2013 y demás normas que regulen la materia. Como medida adicional y complementaria de prevención, en armonia con el último inciso del numeral 6 del Manual de Interventoría y Supervisión, manifiesto que como supervisor, de forma exporádica y aleatoria, realizo validaciones para corroborar la afiliación y los aportes, esto sin perjuicio de la responsabilidad directa y exclusiva que el contratista tiene por la veracidad, completitud y consistencia de los soportes que aporta como evidencia de cumplimeinto de sus obligaciones con el sistema de seguridad soscial integral. SI__X__

3. En caso de tratarse de un contrato que incluye equipo de trabajo, se ha procedido a verificar el cumplimiento de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Intergal, en lo que respecta especificamente a dicho equipo de trabajo. SI____ NO APLICA_X__

DECLARACION JURAMENTADA ANEXOS Y DEDUCCIONES DEL CONTRATISTA

En mi calidad de Contratista, identificado como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la suscripción del presente documento, que la información suministrada como soporte de cumplimiento de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral, de las demás obligaciones y aquella que me permite obtener deducciones y rentas exentas para aplicar en el contrato de prestación de servicios suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR, es veraz, cierta y fidedigna.

Declaro también bajo la gravedad de juramento que ante cualquier novedad relacionada con los soportes de las deducciones, serán informadas en el mes en que ocurra.

Declaro bajo la gravedad de juramento que el soporte de Seguridad Social Integral que aporto según planila No. 69968264 y 56315309, corresponde al pago del mes de FEBRERO del contrato de prestación de servicios No.019 suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR. (Esto solo aplica para pesonas naturales).

Declaro bajo la gravedad de juramento estar al dia en los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y que todo el personal que participa en la ejecución del contrato No. _____, inclusive aquellos vinculados mediante contratos de prestación de servicios cumplen con las obligaciones referidas a dicho sistema. (Esto solo aplica para personas juridicas).

Para efectos de disminuir mi base de retención en la fuente a titulo de renta (Art. 387 E.T) sobre los valores cobrados, se adjuntan los siguientes documentos:

Planilla Estado PAGADO (A) Aportes Salud Pensión ARL	SI	**Certificado de dependientes con anexos**	NO	**Certificado de cuentas de ahorro y pago de aporte mensual para fomento de la construcción -AFC y/o Pensiones Voluntarias**	NO
Certificado de afiliación seguridad social (Aplica unicamente para primer pago, sólo adjuntar los certificados en caso de no adjuntar la planilla)	NO	**Certificado por prestamo para adquisicion de vivienda** (Año anterior)	NO	**Entidad a consignar los valores correspondientes a Pensiones voluntarias o AFC**	
Indique la modalidad de la presentación de la planilla de seguridad Social durante la ejecución del contrato (Se sugiere NO cambiar la modalidad durante el plazo de ejecución del presente contrato)	Vencida	**Comprobante de pago mensual de Medicina Prepagada**	NO	**Valor a descontar por AFC o Pensiones Voluntarias** (Indique el valor en numeros)	
Facturación Electrónica	NO	**Es pensionado**	NO	**Certificación de pago de parafiscales** (personas jurídicas)	

Como contratista persona natural, he vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad ☐Sí ☑No

Mis ingresos como contratista del Estado superan las 4.000 UVT ($209,496,000) ☐Sí ☑No

Soy responsable de Facturación Electrónica ☐Sí ☑No

Manifiesto bajo la gravedad de juramento, que no se tomarán costos o deducciones asociados a las rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria, a fin de que se aplique lo previsto en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario, esto es tomar como renta exenta el veinticinco por ciento (25%) del valor total de los pagos laborales, limitada anualmente a setecientas noventa (790) UVT. ($41,375.460) ☑Sí ☐No

Como persona natural solicito la aplicación de una tarifa de retención en la fuente superior de acuerdo al parágrafo 3, Art 383 del Estatuto tributario, la cual se solicita sea aplicada a partir del mes siguiente a la presentación de la esta cuenta de cobro.
Tarifa Adicional ____ ○ Sí ◉ No

AVANCE DE LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO

OBLIGACION CONTRACTUAL	ACTIVIDADES INICIADAS Y/O REALIZADAS EN ESTE PERIODO (Indicar fechas de realización)	SOPORTES O EVIDENCIAS DE CADA ACTIVIDAD	SEÑALAR CON UNA X EL MES EN QUE EL CONTRATISTA EJECUTO LA OBLIGACIÓN												VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
1. Diseñar propuestas y recursos técnicos que faciliten el desarrollo de los encuentros con los actores requeridos para la implementación de la fase 4 del programa de cualificación.	**Actividad 1.1** Codiseño de una presentación y dos propuestas de talleres como recursos técnicos que favorecen la dinamización de los encuentros con actores clave, en el marco de la implementación de la fase 4 del programa de cualificación.	**Producto 1.1.1** Diseño presentación Oferta Educativa Bilingüe Bicultural para Sordos **Producto 1.1.2** Propuesta de primer Taller **Producto 1.1.3** Propuesta taller-P12	X	X	X										Se observa que la contratista adjunta las evidencias relacionadas con esta obligación, dando cumplimiento a las orientaciones dadas.
2. Implementar y sistematizar los procesos y resultados derivados de los encuentros de cualificación programados.	**Actividad 2.1** Asistir y participar de encuentros para organizar y planificar las acciones de los encuentros regionales con las IE **Actividad 2.2** Participar en encuentros presenciales con IE El Jazmín para cualificación sobre el sindrome de CHARGE. **Actividad 2.3** Participar en encuentros para asignar responsabilidades acerca de las SE y las IE **Actividad 2.4** Participar y asistir en encuentros de cualificación a cerca de sorder ay condiciones asociadas (Síndrome de CHARGE)	**Producto 2.1.1** 10 de marzo de 2026. Encuentros regionales OEBBS-Organización **Producto 2.2.1** Acta IE El Jazmín **Producto 2.2.2** Acta Reunión Presencial Cualificación Interna. 3 de marzo de 2026 **Producto 2.2.3** Evaluaciones IE El Jazmín **Producto 2.2.4** Lista de asistencia IE El Jazmín **Producto 2.3.1** Ayuda de Memoria 16 de marzo de 2026 **Producto 2.3.2** Ayuda de Memoria Reunión Diseño de Plan Bogotá y Amazonas. 10 de marzo de 2026 (1) **Producto 2.3.3** Ayuda de Memoria Reunión Planeacion Inicial 25 SE y 27 IE 11 de marzo de 2026 **Producto 2.3.4** Memoria Reunión Equipo Diana Chamorro. 10 de marzo de 2026 **Actividad 2.4.1** Memoria Cualificación interna- Aclaración Webinario Síndrome CHARGE			X	X									Se observa que la contratista adjunta las evidencias relacionadas con esta obligación, dando cumplimiento a las orientaciones dadas.
3. Elaborar y sistematizar propuestas de asesoría y asistencia técnica solicitadas por las secretarías de educación priorizadas y aquellas requeridas por demanda que le sean asignadas.	**Actividad 3.1** Asistir y participar de encuentros de cualificación interna para organizar el trabajo con SE e IE **Actividad 3.2** Asistir y participar de los procesos de cualificación conceptual a cerca de la OEBBS, el enfoque Dual de derechos y la LSC	**Producto 3.1.1** Memoria de Reunión CUALIFICACION - ORGANIZACION DE ACCIONES 06.03.2026 **Producto 3.1.2** Memoria de Reunión II PARTE PLAN TERRITORIAL 06.03.2026 **Producto 3.1.3** Memoria de Reunión REPE – Pedagogía Uno a Uno – Cualificación 27.022026 **Producto 3.2.1** Ayuda de Memoria 09 de marzo de 2026 Cualificación oferta Bilingue Bicultural Fundamentos A Y AT **Producto 3.2.2** Memoria Uso y vocabulario LSC 05-03-2026	X	X	X										Se observa que la contratista adjunta las evidencias relacionadas con esta obligación, dando cumplimiento a las orientaciones dadas.
4. Diligenciar de manera oportuna y completa las herramientas de sistematización y seguimiento de los productos definidos en el plan operativo, conforme a las directrices del equipo de trabajo de la subdirección.	**Actividad 4.1** Realizar ajustes a la caracterización de la GVOBBS junto con el equipo de trabajo respondiento a producto 11.	**Producto 4.1.1** Memoria ajustes GVSOBBS	X	X	X										Se observa que la contratista adjunta las evidencias relacionadas con esta obligación, dando cumplimiento a las orientaciones dadas.
5. Aportar insumos técnicos y administrativos para la elaboración de conceptos, la atención de PQRSD y la retroalimentación de los productos de la Subdirección de Gestión Educativa.	**Actividad 5.1** Realizar aportes al proyecto de Resolución sobre los apoyos pedagógicos para los estudiantes con discapacidad. **Actividad 5.2** Participar en la atención de las PQRSD correspondientes al equipo REPE **Actividad 5.3** Sistetmatizar las acciones semanales del equipo REPE para enviarlas al equipo de comunicaciones del INSOR	**Producto 5.1.1** Aportes a la resolución **Producto 5.2.1** Ayuda de Memoria Reunión 17 de marzo de 2026 (1) **Producto 5.3.1** Comunicaciones REPE-2026 presenciales **Producto 5.3.2** Reporte comunicaciones REPE 2026 1603-2003 **Producto 5.3.3** Reporte comunicaciones REPE 2026-0903-1303 **Producto 5.3.4** Reporte comunicaciones REPE 2026-semana 02-06			X	X									Se observa que la contratista adjunta las evidencias relacionadas con esta obligación, dando cumplimiento a las orientaciones dadas.

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS COLOMBIANOS ($4500000,0)

VALOR CON IVA INCLUIDO	4500000,0
VALOR EN LETRAS	CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS COLOMBIANOS

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LILI PORTILLA AGUIRRE

CARGO: COORDINADORA REFERENTES Y PERTINENCIA EDUCATIVA

C.C: 51.990.351

Correo electrónico: lili.portilla@insor.gov.co

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ALLISON YULIANA FORERO CRUZ

Correo personal: allisonforero103@gmail.com

C.C: 1.192.794.832

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	1192794832	ALLISON YULIANA FORERO CRUZ	dg 15 a #99-34	3197760662	allisonforero103@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
56315309	06/03/2026	69968264	24/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	N	$0	$15.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	6.100	0		0		0	15	100	0	6.200	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
230301	Porvenir	800224808-8	7.800	0	0	0	0	15	100	0	7.900	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	1.200				1.200	15	100	1.300			12	1.300	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	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	1	6.100	6.200
Pensión	1	7.800	7.900
Riesgos Laborales	1	1.200	1.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	15.100	15.400

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	1192794832	ALLISON YULIANA FORERO CRUZ		dg 15 a #99-34	3197760662	allisonforero103@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
56315309	06/03/2026	69968264	24/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	N	$0	$15.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número 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	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1192794832	FORERO CRUZ ALLISON YULIANA	59	0			N																	230301	1.800.000	30	288.000	0	0	0	0	EPS008	1.800.000	30	225.000	14-25	1.800.000	30	3	43.900		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
CC	1192794832	ALLISON YULIANA FORERO CRUZ	dg 15 a #99-34	3197760662	allisonforero103@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		56315309	06/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

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	1192794832	ALLISON YULIANA FORERO CRUZ		dg 15 a #99-34	3197760662	allisonforero103@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		56315309	06/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1192794832	FORERO CRUZ ALLISON YULIANA	59	0			N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-25	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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