DECLARACIÓN JURAMENTADA PAGO APORTES PARAFISCALES

Pasto, 17 de abril de 2026

Señores:
INVIPASTO

REF: OFERTA PARA LA INVITACIÓN PÚBLICA Nº CMC-2026-002

Estimados Señores:

OBJETO: **EL(LA) CONTRATISTA SE OBLIGA PARA CON EL INSTITUTO MUNICIPAL DE LA REFORMA URBANA Y VIVIENDA DE PASTO – INVIPASTO, A SUMINISTRAR LOS EQUIPOS DE CÓMPUTO, CONSUMIBLES DE IMPRESIÓN Y DEMÁS ACCESORIOS TECNOLÓGICOS REQUERIDOS PARA GARANTIZAR EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA INFORMÁTICA DE LA ENTIDAD, DICHOS ELEMENTOS, DETALLADOS EN EL ALCANCE DEL PRESENTE CONTRATO, ESTÁN DESTINADOS A ASEGURAR LA CONTINUIDAD OPERATIVA, LA EFICIENCIA EN LA EJECUCIÓN DE LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS Y MISIONALES, Y EL ÓPTIMO DESEMPEÑO DE LAS LABORES DESARROLLADAS POR LOS FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS DEL INSTITUTO.**

Cordial saludo:

Yo **YISETH PAOLA LOPEZ GOMEZ,** en calidad de representante legal Suplente de la Compañía **COLGASOCIADOS SAS** con Nit 901.325.363-2, identificada con cédula de ciudadanía No 1.084.256.278 de Isnos - Huila, de acuerdo con la Ley 789 de 2002 manifiesto bajo juramento que la compañía que represento se encuentra al día en el cumplimiento respecto al pago de sus obligaciones legales con los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a la caja de compensación familiar, ICBF y SENA, en relación con todos mis empleados, por un periodo no inferior a seis (6) meses anteriores a la presentación de esta certificación.

Cordialmente,



YISETH PAOLA LOPEZ GOMEZ
Representante legal Suplente COLGASOCIADOS SAS
C.C. No. 1.084.256.278 expedida en Isnos Huila
Nit: 901.325.363-2
Dirección: CR 32ª # 2-61
Número de teléfono: 8194149 Cel. 3135179962
Correo electrónico: comercializadoralgasociados@gmail.com

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	901325363-2	COLGASOCIADOS SAS	CR 32A 2 61	6018194149	comercializadoralgasociados@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		51414151	19/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$2,200,000	$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	88.000	0		0		0	6	400	0	88.400	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	352.000	0	0	0	0	6	1.400	0	353.400	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	11.500				11.500	6	100	11.600			115	11.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	88.000	6	400	88.400	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	88.000	88.400
Pensión	1	352.000	353.400
Riesgos Laborales	1	11.500	11.600
CCF	1	88.000	88.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	539.500	541.800

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901325363-2	COLGASOCIADOS SAS	CR 32A 2 61	6018194149	comercializadoralgasociados@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		51414151	19/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-02	E	$2,200,000	$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	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 1084256278	LOPEZ GOMEZ YISETH PAOLA	1	0			S																	230301	2.200.000	30	352.000	0	0	0	0	EPS008	2.200.000	30	88.000	14-11	2.200.000	30	1	11.500	CCF24	2.200.000	30	88.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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