

 DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	Código: GCO-030-MAN-002-f-001 Versión: 1
---	---	---

CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 9069098 DE 2026				PERIODO DEL INFORME Desde (16/03/2026 – Hasta 15/04/2026)			
Persona Natural	X	Persona Jurídica	Mensual	X	Final		

1. DATOS DEL CONTRATO					
Unidad ejecutora	DANE	x	FONDANE		
Contratista	JUAN MANUEL CAMARGO LOZANO				
Tipo y número de identificación (CC – NIT – CE – PTT)	C.C. 1057585765				
Objeto	INDUSTRIA_2026_EAM_BD_TH_TU_IINT Prestación de servicios de apoyo a la gestión para realizar las actividades de sensibilización, recolección, crítica y atención de requerimientos de la información reportada por las fuentes asignadas, de acuerdo con los lineamientos metodológicos y el cronograma de la Encuesta Anual Manufacturera- EAM para el periodo estadístico 2025.				
Valor del contrato	18.977.000				
Plazo del contrato	7 meses				
Pago número	2 de 7				
Valor del pago	Honorarios \$2.536.000 Transporte Urbano \$111.000 Comunicaciones \$64.000 Total \$ 2.711.000				
Nº Registro Presupuestal	39026	Fecha Registro Presupuestal		26/01/2026	
Fecha aprobación garantía (si aplica)	NA				
Modificaciones	NA				
Fecha de inicio	16/02/2026	Fecha de terminación***		15/09/2026	
Dependencia	Dirección Territorial Centro				
Lugar de ejecución	BOGOTÁ				
Supervisor – Cargo	Leidy Carolina Vargas Llanos- PROFESIONAL UNIVERSITARIO- 2044-10				

*** Debe tener en cuenta las prórrogas, cuando aplique.

2. EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Porcentaje de ejecución física	15 %	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	Actividades realizadas (Descripción cualitativa y cuantitativa de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)	Evidencia (Referir la ubicación de los registros o soportes de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)
1. Asistir puntualmente y participar activamente de las reuniones, inducciones, entrenamientos y reentrenamientos y demás espacios asociados a la ejecución del objeto contractual, que sean requeridos por el supervisor del contrato y hacer uso responsable de las instalaciones físicas dispuestas por el DANE.	Atendí de manera puntual a las reuniones, reintroducciones y reentrenamientos, virtuales y presenciales, requeridos por el supervisor de contrato, sobre aspectos normativos, procedimentales, metodológicos, tecnológicos y técnicos de la investigación con el fin de dominar los conceptos temáticos y operativos, así como mejorar el desarrollo del operativo de campo.	https://teams.microsoft.com/join/19%3ameeting_NjZhNTJkMjMtMWVjZi00Y2E4LTgzZiMtNjYxNTgzNGI0NzEx%40tthead.v2/0?context=%7b%22Tid%22%3a%220d1de34d-af49-4bf5-b8ee-3c3c44ce7942%22%2c%22Oid%22%3a%227f3768a7-64bf-421a-9985-381bb385a615%22%7d https://teams.microsoft.com/join/19%3ameeting_NjZhNTJkMjMtMWVjZi00Y2E4LTgzZiMtNjYxNTgzNGI0NzEx%40tthead.v2/0?context=%7b%22Tid%22%3a%220d1de34d-af49-4bf5-b8ee-3c3c44ce7942%22%2c%22Oid%22%3a%227f3768a7-64bf-421a-9985-381bb385a615%22%7d
2. Llevar a cabo el proceso de sensibilización, notificación de apertura del proceso de recolección, seguimiento al diligenciamiento de la información por parte de la fuente, crítica, validación de aclaraciones a las fuentes, envío de información, registro de novedades, gestión de devoluciones y consultas de la Dirección de Recolección y Acopio - DRA,	Realicé el proceso de renotificación y sensibilización a las fuentes asignadas, comunicándoles la información de la operación estadística (objeto de la operación estadística, orientación sobre la herramienta de captura, tiempos de envío de los datos solicitados, entre otros aspectos) y la importancia que tiene la fuente en el sector o actividad que corresponda, de acuerdo con el cronograma de la operación estadística.	jmcamargol@dane.gov.co 02 JUAN MANUEL CAMARGO LOZANO https://formularios.dane.gov.co/eam/

 DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	Código: GCO-030-MAN-002-f-001 Versión: 1
---	---	---

CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 9069098 DE 2026				PERIODO DEL INFORME Desde (16/03/2026 – Hasta 15/04/2026)			
Persona Natural	X	Persona Jurídica	Mensual	X	Final		

2. EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DURANTE EL PERÍODO REPORTADO							
Porcentaje de ejecución física	15 %						
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	Actividades realizadas (Descripción cualitativa y cuantitativa de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)	Evidencia (Referir la ubicación de los registros o soportes de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)					
así como validar que el consolidado de los 12 meses de la EMMET sea coherente y consistente con las cifras de la EAM, para las variables objeto de análisis; conforme a los lineamientos contenidos en la documentación, en los tiempos establecidos en el cronograma.							
3. Registrar, justificar y soportar con evidencia de las fuentes, los ajustes y correcciones realizados a las variables de estudio de la operación estadística en el periodo actual o anteriores, que se generen por actualización de información, aclaraciones de la fuente, cruces entre la encuesta mensual y la anual, o requerimientos de la DRA, de acuerdo con los lineamientos metodológicos, previa aprobación del supervisor del contrato o del responsable de la revisión.	Registré y justifiqué los ajustes y correcciones realizados a las variables de estudio de la operación estadística para el periodo actual o anteriores en las herramientas informáticas establecidas que se generen por actualización de información, aclaraciones de la fuente, el seguimiento continuo de la actividad económica de las empresas asignadas, cruces con otras operaciones estadísticas, o los análisis de consistencia realizados por parte de la Dirección de Recolección y Acopio - DRA.	jmcamargol@dane.gov.co 02 JUAN MANUEL CAMARGO LOZANO https://formularios.dane.gov.co/eam/					
4. Brindar acompañamiento, seguimiento, control permanente y atención personalizada de manera oportuna a las fuentes de información, a través de encuentros presenciales, virtuales o telefónicos, sobre las dudas e inquietudes que puedan presentar al momento del ingreso al aplicativo o durante el proceso de diligenciamiento y envío del formulario de la operación estadística; registrando las conclusiones y compromisos establecidos en actas con su correspondiente lista de asistencia, haciendo uso adecuado y responsable de las herramientas colaborativas de análisis.	Brindé acompañamiento y atención personalizada de manera oportuna sobre las dudas e inquietudes que las fuentes presentaron al momento del ingreso al aplicativo o durante el proceso de diligenciamiento del formulario de la operación estadística.	jmcamargol@dane.gov.co 02 JUAN MANUEL CAMARGO LOZANO https://formularios.dane.gov.co/eam/					
5. Informar y tramitar de manera oportuna la identificación de fuentes potenciales para incluir en la operación estadística, con el fin de fortalecer el directorio y la cobertura de la información, así como gestionar eficientemente la recuperación de la deuda en fuentes renuentes y nuevas, empleando los formatos establecidos para tal y fin y suministrando los soportes correspondientes al supervisor del contrato.	No se requirió en este periodo realizar actividades adicionales.	No aplica					
6. Informar los inconvenientes que se le presenten para la realización de su trabajo, con el fin de tomar oportunamente los correctivos, en todo caso el supervisor contractual tomará las medidas necesarias para el reconocimiento de los pagos con ocasión de circunstancias ajenas a las partes que imposibiliten la obtención del 100% de los productos.	Informé al coordinador de campo los inconvenientes presentados para la realización del trabajo, con el fin de tomar oportunamente los correctivos,	jmquiterrezq@DANE.GOV.CO 02 JUAN MANUEL CAMARGO LOZANO https://formularios.dane.gov.co/eam/					
7. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual y	No se requirió en este periodo realizar actividades adicionales.	No aplica					

 DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN		Código: GCO-030-MAN-002-f-001
			Versión: 1

CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 9069098 DE 2026				PERIODO DEL INFORME Desde (16/03/2026 – Hasta 15/04/2026)			
Persona Natural	☒	Persona Jurídica		Mensual	☒	Final	

2. EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Porcentaje de ejecución física	15 %	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	Actividades realizadas (Descripción cualitativa y cuantitativa de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)	Evidencia (Referir la ubicación de los registros o soportes de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)
que sean designadas por el encargado del control y vigilancia.		

3. RELACIÓN DEL PAGO DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL		
SALUD	Periodo reportado Marzo	Planilla N° 75835139 de 16/04/2026
PENSIÓN	Periodo reportado Marzo	Planilla N° 75835139 de 16/04/2026
ARL	Periodo reportado Marzo	Planilla N° 75835139 de 16/04/2026

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO (diligenciar para el último pago, o cuando haya alguna modificación que afecte el balance)	
Valor inicial	
Valor total (incluye adiciones)	
Valor cancelado o pagado	
Saldo liberado (por inicio de contrato o pago proporcional)	
Valor por cancelar	
Saldo por liberar	

5. DECLARACIONES RELACIONADAS CON EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL		
¿Le han reconocido pensión?	Sí ____ NO <u>☒</u> Fondo que la reconoció:	
¿Pertenece a algún régimen especial?	Sí ____ NO <u>☒</u>	¿Cuál?:
¿Cotiza sobre el límite máximo de cotización? (25 SMMLV)	Sí ____ NO <u>☒</u>	

Notas:

- Si la pensión es reconocida con anterioridad a la suscripción del contrato, la respectiva resolución y la planilla de pago de Salud y ARL deberán allegarse como soporte del primer informe.
- Si la pensión es reconocida durante la ejecución del contrato, la respectiva resolución deberá allegarse como soporte del informe del periodo correspondiente.

6. CERTIFICACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE RENTAS DE TRABAJO DIFERENTES A LAS PROVENIENTES DE UNA RELACIÓN LABORAL O LEGAL Y REGLAMENTARIA (sólo para Persona Natural)
Manifiesto por escrito y bajo la gravedad del juramento que sobre los ingresos percibidos Sí* ____ NO** <u>☒</u> se tomarán costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 de Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023 o las demás normas que lo modifiquen o sustituyan. * Sí: tomar costos o deducciones o no manifestarlo, le indicará a la Entidad (Área Financiera – GIT Central de Cuentas o quien haga sus veces en las direcciones territoriales) que debe aplicar las tarifas de retención en la fuente previstas en los artículos 392 y 401 del Estatuto Tributario, según corresponda. ** NO: tomar costos o deducciones, le indicará a la Entidad (Área Financiera – GIT Central de Cuentas o quien haga sus veces en las direcciones territoriales) que debe aplicar el procedimiento de la renta exenta para la depuración de la base de retención en la fuente y la tarifa aplicable será la prevista en el artículo 383 del Estatuto Tributario.

 DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN		Código: GCO-030-MAN-002-f-001
			Versión: 1

CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 9069098 DE 2026				PERIODO DEL INFORME Desde (16/03/2026 – Hasta 15/04/2026)			
Persona Natural	X	Persona Jurídica		Mensual	X	Final	

7. VERIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA ENTIDAD

Luego de consultar el Sistema de Gestión Documental de la entidad, se verificó que **SÍ** ☐ **NO** ☒ se encuentran radicados pendientes a cargo del contratista para el período del informe.
(En caso de no tener radicados pendientes, no diligenciar)

RADICADO N°	FECHA	ASUNTO	DEPENDENCIA DE ORIGEN	JUSTIFICACIÓN DE PENDIENTE	FECHA DE VENCIMIENTO

La anterior información corresponde a la verificación realizada por el responsable del manejo de la correspondencia. Para el informe final, se debe anexar el Paz y Salvo correspondiente.

8. PAZ Y SALVO DE ALMACÉN (sólo para el informe final)

Para el informe final, se debe anexar el Paz y Salvo correspondiente.

9. OBSERVACIONES (sólo se diligencia por el supervisor del contrato, si aplica)

El contratista se abstiene de mantener copia personal, parcial o total de la información entregada durante la ejecución del contrato y usarla con fines comerciales, académicos, personales, de intercambio con otras organizaciones públicas, privadas o no gubernamentales.

10. DECLARACIÓN ESPECIAL Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA:

Con la firma del presente informe, en calidad de contratista/proveedor, declaro que toda la información aquí relacionada corresponde fidedignamente a las actividades ejecutadas durante el respectivo periodo. Asimismo, declaro que los valores de los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral – SGSSI corresponden a los ingresos efectivamente percibidos.

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO:

Con la firma del presente informe, en calidad de supervisor/a, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en los Estudios y Documentos Previos por parte del contratista/proveedor y la plena autonomía en el desarrollo de sus actividades durante el respectivo periodo. La publicación de los documentos de la ejecución contractual expedidos a la fecha de la solicitud de pago será verificada en la plataforma o sistema de contratación pública definido. Por lo anterior, autorizo el pago, conforme lo señala la cláusula de pago de los Estudios y Documentos Previos correspondientes.

Firma:


Juan Manuel Camargo Lozano
Contratista

Firma:


Aprobó: Leidy Carolina Vargas Llanos
Supervisor de Contrato

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1057585765	JUAN MANUEL CAMARGO LOZANO		CL 138 57 38	3202009914	juanmacaloz@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
		61977092	18/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$499.800	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	218.900	0		0		0	2	300	0	219.200	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	280.200	0	0	0	0	2	400	0	280.600	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										

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	2	0	0	0
ICBF				
0	2	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	219.200
Pensión	1	280.200	280.600
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	499.100	499.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1057585765	JUAN MANUEL CAMARGO LOZANO		CL 138 57 38	3202009914	juanmacaloz@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
		61977092	18/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$499.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Saludgo	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	USP	VST	SLN	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 1057585765	CAMARGO LOZANO JUAN MANUEL	3	0		N																		230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	218.900		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1057585765	JUAN MANUEL CAMARGO LOZANO		CL 138 57 38	3202009914	juanmacaloz@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75835139	16/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1057585765	JUAN MANUEL CAMARGO LOZANO		CL 138 57 38	3202009914	juanmacaloz@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
		75835139	16/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	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	Saludgo	Extranjero	Colomb. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	VST	SLN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 1057585765	CAMARGO LOZANO JUAN MANUEL	59	0		N	-2																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA