ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Historial de Pagos por Proveedor

ÓDIGO DE TERCERO	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE
1013892805	NIT	901909231	UNION TEMPORAL CUIDADO AL CUIDADOR

918

Nombre entidad	Referencia	Numero Documento Contable	POS. CxP	Fecha Cont.CxP en la Entidad	Fecha Radicación Tesorería Distrital	Estado	Fecha de Estado AAAA-MM-DD	Documento Compensación Según Estatus	Forma de Pago	Valor Bruto	Valor Neto	Cuenta Bancaría	Fecha Entrega Cheque a ventanilla	Endoso
FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CHAPINERO	R2025521004 7992	3001060332	002	14-oct-25	14-oct-25	PAGADA	15-oct-25	5005099965	Transferencia Giradora	121.020.814	113.072.085	0242011537 AHORROS BBVA Colombia		

Detalle de descuentos tributarios

umero :umento ntable	Descripción	% Descuento	Base Retención	Valor Retención
	TOTAL DESCUENTOS			

Información presupuestal

Numero Documento Contable	CRP	Posición CRP	PosPre	Fuente	PP

5-nov-25 12:10:59

tra información:

i su documento tiene Estatus Registrada, se encuentra en trámite en la entidad ordenadora del pago. Por favor póngase en contacto con la entidad.

i su consulta no presenta fecha de pago y tiene estatus de Rechazada o Anulada, su pago no pudo ser aplicado. Por favor póngase en contacto con la entidad ordenadora del pago.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

FORMATO CAUSACIÓN CONTABLE

Código: GCO-GCI-F148
Versión: 03
Vigencia: 21 de diciembre de 2022
Caso HOLA: 282943

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CHAPINERO

CONTRATO No.	CTO 434 DE 2024	**FECHA:**	9/10/2025
CONTRATISTA:	U TEMPORAL CUIDADO AL CUIDADOR	**NIT. o C.C.**	**901.909.231**
PERIODO:	**DE** **10/02/2025**	**AL**	**20/03/2025**
PAGO No.	1°	DOCUMENTO No.	FV 3

PAGO	CUENTA CONTABLE CGN	CUENTA CONTABLE SDH	BASE	%	VALOR
VALOR BRUTO	**5-5-07-06-06**		**$ 121.020.814**		**$ 121.020.814**
IA XX DE XX/20XX	**2-4-01-02**		$ -		$ -
VALOR A GIRAR O.P:					**$ 121.020.814**
Retefuente Honorarios	**2-4-36-03**				
Retefuente Servicios	**2-4-36-05**	31	$ 101.698.163	4%	$ 4.067.927
Retefuente Arrendamientos	**2-4-36-06**				
Retefuente Compras	**2-4-36-08**				
Retefuente - C.O.P.	**2-4-36-26**				
ReteIva	**2-4-36-25**	40	$ 19.322.651	15%	$ 2.898.398
Reteica	**2-4-36-27**	39	$ 101.698.163	0,966%	$ 982.404
Contribución Especial	**2-4-36-90-04**				
Estampilla U. Pedagogica Nal.	**2-4-36-90-06**				
Otros Ajustes de Retención					
TOTAL DESCUENTOS					**$ 7.948.729**
NETO A PAGAR	**2-4-01-02**				**$ 113.072.085**

MILTON TUMBAQUI
Contadora F.D.L .CH.

Elaboró: LOM
Aprobó:

OBSERVACIONES Y/O NOTAS:
INDICADOR IVA: WA

Base para pago de salud, pensión y ARL	**$**	-
Aporte obligatorio para salud - 12,5%	$	-
Aporte obligatorio para pensión - 16%	$	-
Aporte obligatorio ARL	$	-
TOTAL APORTES SALUD Y PENSIÓN	**$**	-

Tomo I : 434-2024

320

217

UNIÓN TEMPORAL CUIDADO AL CUIDADOR NIT. 901.***.351-6

Bogotá D.C., 11 de junio de 2025

Alcaldía Local de Chapinero
No. 2025-521-004799-
2025-06-11 09:52 - Folios: 1 Anexos: 456
Destino: Area de Gestion de Desarr
Rem/D: UNION TEMPORAL
CUIDADO AL
20255210047992

Señores (as)
FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CHAPINERO
Nit. 899.999.061-9
Alcaldía Local de Chapinero
Carrera 13 No. 54-74, Chapinero Central
cdi.chapinero@gobiernobogota.gov.co
Código postal 110231
Bogotá, D.C.

Asunto: Radicación documentos y soportes de pago Nro. UNO del Contrato CPS-434-24

Respetado (a) Alcalde(sa),

Yo **VIVIANA CAROLINA MELO DIAZ**, identificada con cedula de ciudadanía Nro. 53.103.358 de Bogotá actuando en mi calidad de Representante Legal, nos permitimos presentar ante la entidad los documentos y soportes respectivos correspondiente al **Pago N.° 1** del periodo comprendido entre **10/02/2025** y el **20**/,03/2025 de la ejecución del **Contrato de Prestación de Servicios 434-2024-CPS- P** 023011601060000001855 "Chapinero te cuida" y 023011603400000002035 En Chapinero todas contamos, , suscrito entre el **FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CHAPINERO**, Nit 899.999.061-9 y **UNIÓN TEMPORAL CUIDADNOD AL CUIDADOR** . Nit. 9019092316 ,con acta de inicio de 10 de FEBRERO de 2025, con el objeto contractual *"Prestar servicios para el fortalecimiento de capacidades y la dignificación De las mujeres en el marco de: estrategias de cuidado a cuidadoras y a personas con discapacidad, construcción de ciudadanía para el ejercicios de derechos, y, prevención del feminicidio, violencias basadas en género y/o violencias contra las mujeres en la localidad de chapinero"*

Para los fines pertinentes, se adjuntan los siguientes documentos:

1. Informe de actividades Nro.1
2. Factura electrónica Nro. FV03
3. Resolución de Facturación
4. Certificado del Sistema Integral de Seguridad Social Salud, Pensión y ARL del periodo FEBRERO Y MARZO 2025
5. Evidencias de las actividades desarrolladas debidamente nombradas según las obligaciones pactadas del contrato
6. Y los demas requisitos pactados.

Cordialmente,

456 FOLIOS.

VIVIANA CAROLINA MELO DÍAZ
C.C. 53.103.358 de Bogotá
CALLE 116 A 71 A 39 TELEFONO
6017036962 – 3125355775
CORREO ELECTRÓNICO:
ASOCIACIONDEHOGARESSIALAVIDA@GMAIL.COM

Diego Naranjo.
17/7/2025
4:24 pm.
Devuelta: Natalia Ucon
1:53 pm 21/07/2025

Natalia Ucon
24/07/2025
Cuenta OK

Diego Naranjo
23/07/25
3:49 PM

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
(Persona Jurídica)

Teniendo en cuenta el informe presentado por el contratista **UNIÓN TEMPORAL CUIDADO AL CUIDADOR** sobre las actividades desarrolladas para dar cumplimiento al objeto del contrato y los resultados obtenidos, una vez realizada la revisión del informe, se certifica su cumplimiento y se autoriza el pago correspondiente al 20%: **periodo comprendido entre el 10 de febrero al 20 de marzo de 2025.**

Contrato:	No. 434-2024 CPS-FDLCH (121025)
Tipo de Contrato:	Prestación de servicios
Contratista:	UNIÓN TEMPORAL CUIDADO AL CUIDADOR
NIT:	No. 901909231-6
Objeto:	Prestar servicios para el fortalecimiento de capacidades y la dignificación de las mujeres en el marco de: estrategias de cuidado a cuidadoras y a personas con discapacidad, construcción de ciudadanía para el ejercicio de derechos, y, prevención del feminicidio, violencias basadas en género y/o violencias contra las mujeres en la localidad de chapinero.
Plazo de Ejecución:	Ocho (8) meses
Fecha Iniciación:	10 de febrero de 2025
Fecha de Terminación:	09 de octubre de 2025
Prórroga(s):	N/A
Valor Inicial Pactado:	$ 605.104.069
Valor Adicional:	$0
Valor a Pagar:	**$ 121.020.814 (1er. pago)**

El Representante Legal certificó que la empresa UNIÓN TEMPORAL CUIDADO AL CUIDADOR se encuentra a Paz y Salvo por concepto de pago de las obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social Integral.

En constancia, se firma a los dieciséis (16) días del mes de julio de dos mil veinticinco (2025).

Supervisor (a)

ALEXANDRA MEJÍA GUZMÁN
C.C. No. 43.733.246 de Envigado
Alcaldesa Local de Chapinero

Apoyo a la supervisión

KATHERINE LEAL ACOSTA
C.C. No. 1.030.549.613 de Bogotá
Contratista, Profesional - FDLCH
Memorando Nro. 20255220006803 de 15/05/2025

ALCALDÍA LOCAL DE CHAPINERO

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 1
PERÍODO: 10 DE FEBERO AL 20 DE MARZO DE 2025

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

TIPO DE CONTRATO	**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
No. CONTRATO Y FECHA	**No. 434-2024-CPS-FDLCH (121025)**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	UNIÓN TEMPORAL CUIDANDO AL CUIDADOR
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	901909231-6
PLAZO DE EJECUCIÓN	OCHO (8) MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SEISCIENTOS CINCO MILLONES CIENTO CUATRO MIL SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE ($605.104.069)
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	$ 121.020.814
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	O230689 Obligaciones por pagar inversión vigencia anterior.
FECHA ACTA DE INICIO	10/02/2025
PRÓRROGA[1]	N/A
ADICIÓN	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	09/10/2025
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios para el fortalecimiento de capacidades y la dignificación de las mujeres en el marco de: estrategias de cuidado a cuidadoras y a personas con discapacidad, construcción de ciudadanía para el ejercicio de derechos, y, prevención del feminicidio, violencias basadas en género y/o violencias contra las mujeres en la localidad de chapinero"

1 Si el contrato presenta más de una suspensión y/o adición y/o prorroga se deben incluir las filas requeridas para el registro de la información

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Entregar al supervisor y apoyo a la supervisión delegado, los documentos elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales y archivos a su cargo, organizados, rotulados y almacenados, atendiendo los estándares y directrices de gestión documental, sin que ello implique exoneración de la responsabilidad a que haya lugar en caso de irregularidades. (Artículo 15 de la Ley 594 de 2000), así como los informes requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecución de este.	Durante el período comprendido entre 10 de 02/2025 y 20 de marzo 2025 se elaboraron y entregaron los documentos relacionados con la etapa de alistamiento, siendo estos: 1.1. Presentación de hojas de vida para la contratación de Talento humano transversal del contrato. 1.2. Presentación de diseños metodológicos de todas las actividades del contrato, materializadas en 14 fichas metodológicas a la luz del anexo técnico. 1.3. 1.4. Presentación de diseños de comunicación y convocatoria, armonizado con plan de comunicaciones definido desde el FDL Chapinero. El diseño de flayer para convocatorias de las actividades a realizar. 1.5. Presentación de plan de trabajo con cronograma de actividades a la supervisión. 1.6. Realización de presentación pública ante el COLMYEG realizada el 12/03/2025 y solicitud de presentación ante la Junta Administradora Local con radicación de solicitud el 15/03/2025. El objeto de cada presentación pública fue la socialización de los contenidos del contrato, los tiempos y productos previstos, metas, asignación presupuestal por componente a partir de la propuesta económica y plan de trabajo del contrato.	1.1.1. Hojas de vida de coordinación, profesional social pedagógico, diseñadora. 1.1.2. Fichas técnicas (14) que contienen objetivos de la actividad, metodología, duración, participantes, recursos a usar, y formato de evaluación, preguntas pre y post diligenciado por quienes participan de la actividad, esto con el objetivo de evaluar el impacto de la intervención. 1.1.3. Catorce (14) flayer para las convocatorias de las diferentes actividades a desarrollar durante el contrato. Al inicio de la ejecución se propusieron los diseños, sin embargo, antes de difundirse son revisados por el comité técnico y de seguimiento y ajustados según sus observaciones y las de Ofician de Prensa. 1.1.4. Plan de trabajo y cronograma de actividades. 1.1.5. Presentaciones públicas ante el COLMYEG y solicitud ante la JAL.	**CARPETA OBLIGACION 1**
2. Realizar la convocatoria a las diferentes actividades del proyecto de manera articulada con la oficina de prensa del FDLCH, y con los grupos establecidos y según las temáticas acordadas. Todas las piezas comunicativas deberán contar con la aprobación de la oficina de prensa y comunicaciones de la Alcaldía Local en consideración de los protocolos establecidos para tal fin.	No aplica	No aplica.	**No aplica**
3. Dar cumplimiento y realizar balance y seguimiento al cumplimiento de la etapa de alistamiento del proyecto en los tiempos y condiciones que se requieran por el supervisor o apoyo a la supervisión asignados.	Durante el periodo se entregó la documentación requerida por el contrato, en torno a la fase de alistamiento: 3.1. Presentación de hojas de vida y contratación de Talento Humano 3.2. Presentación de diseños metodológicos de todas las actividades del proyecto.	3.1.1. Hojas de vida del Talento Humano transversal 3.1.2. Fichas metodológicas de todas las actividades del contrato	**CARPETA 1** Los soportes son anexados en la obligación 1.

323

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
	3.3. Elaboración y presentación de diseños de comunicación y convocatoria, armonizado con plan de comunicaciones definido desde el FDL Chapinero. 3.4. Presentación de Plan de Trabajo con cronograma de actividades. 3.5. Presentaciones públicas del contrato 434-24 3.6. Participar de los Comité Técnicos y de seguimiento del contrato	3.1.3. Diseños de comunicación y convocatoria, armonizado con plan de comunicaciones definido desde el FDL Chapinero. 3.1.4. Plan de Trabajo con cronograma de actividades. 3.1.5. Presentaciones públicas del contrato 3.1.6. Actas de los comités técnicos asistidos.	
4. Vincular y capacitar a 1000 personas de la localidad de Chapinero en el cumplimiento de las metas especificas de: Construcción de ciudadanías, Prevención del feminicidio y estrategia de cuidado para cuidadoras.	Esta actividad no aplica para el presente informe	Esta actividad no aplica para el presente informe.	NA
5. Garantizar que las actividades que se adelanten en el marco de la ejecución del proyecto se realicen en lugares que garanticen el acceso universal para todas las personas.	Esta actividad no aplica para el presente informe.	Esta actividad no aplica para el presente informe	NA
6. Desarrollar la ejecución del CONTRATO de acuerdo con la propuesta presentada, y las especificaciones técnicas previstas en el proyecto y en el Anexo Técnico.	6.1 Para la primera cuenta de cobro se tuvo en cuenta lo que pedía el anexo en la etapa de alistamiento.	6.1.1 Hojas de vida de coordinación, profesional social pedagógico, diseñadora. 6.1.2 Fichas técnicas (14) que contienen objetivos de la actividad, metodología, duración, participantes, recursos a usar, y formato de evaluación, preguntas pre y post diligenciado por quienes participan de la actividad, esto con el objetivo de evaluar el impacto de la intervención. 6.1.3 Catorce (14) flayer para las convocatorias de las diferentes actividades a desarrollar durante el contrato. Al inicio de la ejecución se propusieron los diseños, sin embargo, antes de difundirse son revisados por el comité técnico y de seguimiento y ajustados según sus observaciones y las de Ofician de Prensa. 6.1.4 Plan de trabajo y cronograma de actividades. 6.1.5 Presentaciones públicas ante el COLMYEG y solicitud ante la JAL.	**CARPETA 1.** Los soportes son anexados en la obligación 1.
7. Atender y rendir informes en los Comités de Seguimiento que se convoquen para el proyecto, adelantando el ejercicio de secretaría técnica en el registro y control de actas y evidencias de reunión.	Durante el periodo se realizaron los siguientes comités técnicos y de seguimiento, en los cuales se presentaron metodologías, diseños, hojas de vida, plan de trabajo y avances para el desarrollo de las actividades. 7.1. Participación del Comité Técnico y de seguimiento: 18/02/2025 7.2. Participación del Comité Técnico y de seguimiento: 26/02/2025 7.3. Participación del Comité Técnico y de seguimiento: 06/03/2025	7.1.1. Actas de Comité Técnico y de seguimiento: 18/02/2025 7.1.2. Acta de Comité Técnico y de seguimiento: 26/02/2025 7.1.3. Acta de Comité Técnico y de seguimiento: 06/03/2025	**CARPETA 7** **OBLIGACION 7**
8. Asistir a las reuniones bilaterales que sean convocadas por el apoyo a la supervisión del contrato, para revisar el estado de ejecución de este, el cumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista o cualquier aspecto técnico referente al contrato.	Durante el periodo se asistió a los siguientes comités técnicos y de seguimiento: 8.1. Participación en Comité Técnico y de seguimiento: 18/02/2025 8.2. Participación en Comité Técnico y de seguimiento: 26/02/2025 8.3. Participación en Comité Técnico y de seguimiento: 06/03/2025	8.1.1. Actas de Comité Técnico y de seguimiento: 18/02/2025 8.1.2. Acta de Comité Técnico y de seguimiento: 26/02/2025 8.1.3. Acta de Comité Técnico y de seguimiento: 06/03/2025	**CARPETA 8** **OBLIGACION 8** Las Actas de los comités referenciados se adjuntan en la obligación 6.

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
9.	Realizar diseño y solicitar la aprobación de todas las piezas comunicativas a la oficina de prensa de la Alcaldía Local.	9.1. Se presentaron los diseños de flayer para la convocatoria del Bingo por los derechos de las mujeres y de las actividades restantes a desarrollar durante los ocho (8) meses del contrato.	9.1.1. Diseños de 14 flayer para las convocatorias de las diferentes actividades a desarrollar durante el contrato. Al inicio de la ejecución se propusieron los diseños, sin embargo, antes de difundirse son revisados por el comité técnico y de seguimiento y ajustados según sus observaciones y las de Ofician de Prensa.	**CARPETA 9.** **OBLIGACION 9.** Los diseños se adjuntan en la obligación 1.
10.	Ingresar al Almacén de del Fondo de Desarrollo Local de Chapinero los elementos contemplados en el proyecto, los refrigerios y productos alimenticios no requieren ingresos a almacén por ser productos perecederos.	Esta actividad no aplica para la fase de alistamiento.	Esta actividad no aplica para la fase de alistamiento.	No aplica
11.	Realizar los pagos correspondientes a los servicios prestados, para los roles de talleristas, gestoras y otros en los que se vinculen a personas de la comunidad, en los 10 días hábiles siguientes a la presentación y aceptación de la cuenta de cobro y documentos requeridos para el proceso.	Esta actividad no aplica para la fase de alistamiento.	Esta actividad no aplica para la fase de alistamiento.	No aplica
12.	Dar cumplimiento a lo establecido artículo 2.2.1.2.4.2.16, del Decreto 1860 de 2021, Fomento a la ejecución de contratos estatales por parte de población en pobreza extrema, desplazados por la violencia, personas en proceso de reintegración o reincorporación y sujetos de especial protección constitucional, el contratista destinará como mínimo el 5% de la provisión de bienes o servicios requeridos para la ejecución del contrato, de manera que se garantice las condiciones de calidad y que no se ponga en riesgo el cumplimiento adecuado del contrato, a través de la vinculación de dichas personas al inicio y durante la ejecución del contrato pertenezcan a los grupos poblacionales enunciados anteriormente.	Esta actividad no aplica para la fase de alistamiento.	Esta actividad no aplica para la fase de alistamiento.	No aplica
13.	Entregar los informes correspondientes dentro de los términos establecidos de acuerdo con los avances del proyecto al supervisor (a) y/o interventor (a).	Se entrega informe con la documentación de alistamiento respectiva	Informe de actividades No 1. correspondiente a la fase de alistamiento	**CARPETA 13** **OBLIGACION 13.**Consolidados de Informe de actividades con anexos respectivos.
14.	Entregar al final del proyecto un informe cuantitativo y cualitativo del impacto del proyecto en la localidad, bien estructurado que le posibilite al FDLCH evidenciar los alcances del proyecto.	Esta actividad no aplica para la fase de alistamiento.	Esta actividad no aplica para la fase de alistamiento.	No aplica
15.	Alimentar y entregar archivos de sistematización de información de la ejecución a partir de base de datos de personas vinculadas y capacitadas con el proyecto por actividad, archivo fotográfico de las diferentes actividades realizadas y directorio de actores estratégicos para complementar acciones a partir del	Esta actividad no aplica para la fase de alistamiento.	Esta actividad no aplica para la fase de alistamiento.	No aplica

ALCALDÍA LOCAL DE CHAPINERO

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
objeto contractual.			
16. Efectuar el levantamiento del material fotográfico y/o fílmico, actas, listados de asistencia y demás donde se evidencie entre otras cosas, asistentes, desarrollo de actividades, entrega de materiales y cumplimiento de actividades	Esta actividad no aplica para la fase de alistamiento.	Esta actividad no aplica para la fase de alistamiento.	No aplica
17. Los alimentos que se entreguen a los participantes deben ser balanceado y responder a la normatividad vigente en lo que corresponde a las características organolépticas, conservación, almacenamiento, empaques, presentaciones, vita útil mínima y transporte del mismo -Decreto 3075 de 1997, Resoluciones 2674 y 3929 del 2013 así como con la NTC que corresponda según el producto a entregar, con el fin de que se encuentre en óptimas condiciones para el consumo humano	Esta actividad no aplica para la fase de alistamiento.	Esta actividad no aplica para la fase de alistamiento.	No aplica
18. Procurar el uso de alimentos de origen orgánico, que fomenten el agro redes y la creación de alternativas económicas en toda la ciudad haciendo hincapié en la zona rural, para dar cumplimiento al acuerdo 540 de 2013.	Esta actividad no aplica para la fase de alistamiento.	Esta actividad no aplica para la fase de alistamiento.	No aplica
19. Mantener durante la ejecución del contrato, el número de trabajadores con discapacidad que dio lugar a la obtención del puntaje adicional del contrato, de conformidad con lo establecido en el Decreto 392 del 26 de febrero de 2018, expedido por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.	La Unión Temporal cuenta con una persona con discapacidad que apoya actividades administrativas para el desarrollo del contrato	Certificación de la persona vinculada	CARPETA 19 OBLIGACION 19

INFORMACIÓN ADICIONAL			
	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	COMPENSAR	EQUIDAD	COLPENSIONES

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL

FIRMAS

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.

CONTRATISTA

VIVIANA CAROLINA MELO
C.C. 53.103.358 e Bogotá
Representante Legal Unión Temporal Cuidando al Cuidador.

SUPERVISORA

ALEXANDRA MEJÍA GÚZMAN
C.C No. 43.733.246 de Envigado
Alcaldesa Local de Chapinero

APOYO A LA SUPERVISIÓN

YENNY KATHERINE LEAL ACOSTA
C.C. 1.030.549.613
Apoyo supervisión
Memorando 202555220006803 del 15-05-2025
Contratista, profesional-FDLCH-

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

INFORME DE SUPERVISIÓN PARA LOS CONTRATOS CON PROVEEDORES PERSONA JURÍDICA

SEGUIMIENTO JURÍDICO

No. del Contrato	434-2024 CPS-FDLCH (121025)
Periodo y/o No. de Pago	Entre el 10 de febrero al 20 de marzo de 2025 **(Pago Nro. 1 - 20%)**
Nombre Del Contratista	UNIÓN TEMPORAL CUIDADO AL CUIDADOR
Nit:	901909231-6
Objeto Del Contrato	Prestar servicios para el fortalecimiento de capacidades y la dignificación de las mujeres en el marco de: estrategias de cuidado a cuidadoras y a personas con discapacidad, construcción de ciudadanía para el ejercicio de derechos, y, prevención del feminicidio, violencias basadas en género y/o violencias contra las mujeres en la localidad de chapinero
Fecha de Inicio	10 de febrero de 2025
Fecha Fin (incluyendo modificaciones)	9 de octubre de 2025
Póliza	**Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual (RCE)** **No. Póliza:** 33-40-101083592 – Anexo 0 **Fecha de expedición:** 27/01/2025 **Vigencia:** Del 28/12/2024 al 28/08/2025 **Valor total asegurado:** $284.700.000,00 **Póliza de Seguro de Cumplimiento Entidad Estatal** **No. Póliza:** 33-44-101257969 – Anexo 0 **Fecha de expedición:** 27/01/2025 **Vigencia:** Del 28/12/2024 al 28/08/2028 **Valor total asegurado-Cumplimiento del contrato:** $121.020.813,80; vigencia desde el 28/12/2024 hasta 28/02/2026 **Valor total asegurado-Pago de salarios, prestaciones sociales legales e indemnizaciones:** $30.255.203,45; vigencia desde el 28/12/2024 hasta 28/08/2028 **Valor total asegurado-Calidad del servicio:** $121.020.813,80; vigencia desde el 28/12/2024 hasta 28/02/2026 **Valor total asegurado-Calidad y correcto funcionamiento de los bienes:** $121.020.813,80; vigencia desde el 28/12/2024 hasta 28/08/2026

MODIFICACIONES CONTRACTUALES (cuando aplique)

Tipo de Modificación	Fecha de inicio de la modificación (dd/mm/aaaa)	Modificación (Valor / Plazo / Clausula)	PÓLIZA aprobada y vigente
ADICIÓN	N/A	N/A	N/A
PRORROGA	N/A	N/A	N/A
SUSPENSIÓN	N/A	N/A	N/A
OTRO SI	N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES: NO APLICA

SEGUIMIENTO TÉCNICO - ADMINISTRATIVO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES ADELANTADAS
1. Entregar al supervisor y apoyo a la supervisión delegado, los documentos elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales y archivos a su cargo, organizados, rotulados y almacenados, atendiendo los estándares y directrices de gestión documental, sin que ello implique exoneración de la responsabilidad a que haya lugar en caso de irregularidades. (Artículo 15 de la Ley 594 de 2000), así como los informes requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecución de este.	• Se revisó y aprobó Hojas de vida, en el Comité Técnico de Febrero y se continuo con ajustes a través de correo electrónico. • Se reviso y aprobó las Fichas Técnicas de manera conjunta con la coordinación del Operador y se dejaron en la carpeta de drive compartida al apoyo a la supervisión con todos los documentos necesarios para el Desarrollo del CPS 434-2024 , • Se revisó y aprobó los Flayer iniciales a través de WhatsApp y correo electrónico con la salvedad de que tendrá modificaciones de acuerdo con el desarrollo de cada actividad, Plan de trabajo, cronograma y la presentación al COLMYEG y la solicitud a la JAL,por correo electrónico y de manera bilateral con la coordinadora del CPS 434-2024.
2. Realizar la convocatoria a las diferentes actividades del proyecto de manera articulada con la oficina de prensa del FDLCH, y con los grupos establecidos y según las temáticas acordadas. Todas las piezas comunicativas deberán contar con la aprobación de la oficina de prensa y comunicaciones de la Alcaldía Local en consideración de los protocolos establecidos para tal fin	• Durante el periodo correspondiente al presente informe, no se adelantaron acciones relacionadas con la obligación descrita ya que no aplica para esta primera cuenta de cobro,
3. Dar cumplimiento y realizar balance y seguimiento al cumplimiento de la etapa de alistamiento del proyecto en los tiempos y condiciones que se requieran por el supervisor o apoyo a la supervisión asignados.	• Se revisó y aprobó Hojas de vida, Fichas Técnicas, los Flayer iniciales con la salvedad de que tendrá modificaciones de acuerdo con el desarrollo de cada actividad, Plan de trabajo, cronograma y la presentación al COLMYEG y la solicitud a la JAL.
4. Vincular y capacitar a 1000 personas de la localidad de Chapinero en el cumplimiento de las metas específicas de: Construcción de ciudadanías, Prevención del feminicidio y estrategia de cuidado para cuidadoras.	• Durante el periodo correspondiente al presente informe, no se adelantaron acciones relacionadas con la obligación descrita ya que no aplica para esta primera cuenta de cobro.
5. Garantizar que las actividades que se adelanten en el marco de la ejecución del proyecto se realicen en lugares que garanticen el acceso universal para todas las personas.	• Durante el periodo correspondiente al presente informe, no se adelantaron acciones relacionadas con la obligación descrita ya que no aplica para esta primera cuenta de cobro.
6. Desarrollar la ejecución del CONTRATO de acuerdo con la propuesta presentada, y las	6.1 SE realizo verificación y sugerencias a partir de lo solicitado por el anexo técnico para la etapa de alistamiento.

	especificaciones técnicas previstas en el proyecto y en el Anexo Técnico.	
7.	Atender y rendir informes en los Comités de Seguimiento que se convoquen para el proyecto, adelantando el ejercicio de secretaría técnica en el registro y control de actas y evidencias de reunión.	• Realización del Comité Técnico y de seguimiento: 18/02/2025 • Realización del del Comité Técnico y de seguimiento: 26/02/2025 • Realización del del Comité Técnico y de seguimiento: 06/03/2025 •
8.	Asistir a las reuniones bilaterales que sean convocadas por el apoyo a la supervisión del contrato, para revisar el estado de ejecución de este, el cumplimiento de las obligaciones a cargo del contratista o cualquier aspecto técnico referente al contrato.	• Realización del Comité Técnico y de seguimiento: 18/02/2025 • Realización del del Comité Técnico y de seguimiento: 26/02/2025 • Realización del del Comité Técnico y de seguimiento: 06/03/2025
9.	Realizar diseño y solicitar la aprobación de todas las piezas comunicativas a la oficina de prensa de la Alcaldía Local.	• Se realizó la verificación del registro fotográfico Se revisó y aprobó los Flayer iniciales a través de WhatsApp y correo electrónico con la salvedad de que tendrá modificaciones de acuerdo con el desarrollo de cada actividad
10.	Ingresar al Almacén de del Fondo de Desarrollo Local de Chapinero los elementos contemplados en el proyecto, los refrigerios y productos alimenticios no requieren ingresos a almacén por ser productos perecederos.	• Durante el periodo correspondiente al presente informe, no se adelantaron acciones relacionadas con la obligación descrita ya que no aplica para esta primera cuenta de cobro.
11.	Realizar los pagos correspondientes a los servicios prestados, para los roles de talleristas, gestoras y otros en los que se vinculen a personas de la comunidad, en los 10 días hábiles siguientes a la presentación y aceptación de la cuenta de cobro y documentos requeridos para el proceso. .	• Durante el periodo correspondiente al presente informe, no se adelantaron acciones relacionadas con la obligación descrita ya que no aplica para esta primera cuenta de cobro.
12.	Dar cumplimiento a lo establecido artículo 2.2.1.2.4.2.16, del Decreto 1860 de 2021, Fomento a la ejecución de contratos estatales por parte de población en pobreza extrema, desplazados por la violencia, personas en proceso de reintegración o reincorporación y sujetos de especial protección constitucional, el contratista destinará como mínimo el 5% de la provisión de bienes o servicios requeridos para la ejecución del contrato, de manera que se garantice las condiciones de calidad y que no se ponga en riesgo el cumplimiento adecuado del contrato, a través de la vinculación de dichas personas al inicio y durante la ejecución del contrato pertenezcan a los grupos poblacionales enunciados anteriormente.	• Durante el periodo correspondiente al presente informe, no se adelantaron acciones relacionadas con la obligación descrita ya que no aplica para esta primera cuenta de cobro.

13. Entregar los informes correspondientes dentro de los términos establecidos de acuerdo con los avances del proyecto al supervisor (a) y/o interventor (a)	• Revisión del primer informe correspondiente a la fase de alistamiento y al 20% de la ejecución del contrato.
14. Entregar al final del proyecto un informe cuantitativo y cualitativo del impacto del proyecto en la localidad, bien estructurado que le posibilite al FDLCH evidenciar los alcances del proyecto.	• Durante el periodo correspondiente al presente informe, no se adelantaron acciones relacionadas con la obligación descrita, dado que esta corresponde la etapa final del contrato.
15. Alimentar y entregar archivos de sistematización de información de la ejecución a partir de base de datos de personas vinculadas y capacitadas con el proyecto por actividad, archivo fotográfico de las diferentes actividades realizadas y directorio de actores estratégicos para complementar acciones a partir del objeto contractual.	• Durante el periodo correspondiente al presente informe, no se adelantaron acciones relacionadas con la obligación descrita ya que no aplica para esta primera cuenta de cobro.
16. Efectuar el levantamiento del material fotográfico y/o fílmico, actas, listados de asistencia y demás donde se evidencie entre otras cosas, asistentes, desarrollo de actividades, entrega de materiales y cumplimiento de actividades	• Se efectuó la revisión del Informe de Ejecución Financiera N.º 1, presentado por el contratista, verificando la correspondencia con los gastos reportados y el cumplimiento de los lineamientos contractuales. Una vez validada la información, se procedió con su aprobación.
17. Los alimentos que se entreguen a los participantes deben ser balanceado y responder a la normatividad vigente en lo que corresponde a las características organolépticas, conservación, almacenamiento, empaques, presentaciones, vita útil mínima y transporte del mismo -Decreto 3075 de 1997, Resoluciones 2674 y 3929 del 2013 así como con la NTC que corresponda según el producto a entregar, con el fin de que se encuentre en óptimas condiciones para el consumo humano .	• Se verificó que el contratista remitiera la carta de solicitud requerida para la presentación del proyecto ante la Junta Administradora Local (JAL), en cumplimiento de las gestiones previstas en el cronograma de actividades y los compromisos contractuales.
18. Procurar el uso de alimentos de origen orgánico, que fomenten el agro redes y la creación de alternativas económicas en toda la ciudad haciendo hincapié en la zona rural, para dar cumplimiento al acuerdo 540 de 2013.	• Durante el periodo correspondiente al presente informe, no se adelantaron acciones relacionadas con la obligación descrita, dado que esta corresponde a la etapa de alistamiento del proceso
19. Mantener durante la ejecución del contrato, el número de trabajadores con discapacidad que dio lugar a la obtención del puntaje adicional del contrato, de conformidad con lo establecido en el Decreto 392 del 26 de febrero de 2018, expedido por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.	• Durante el periodo correspondiente al presente informe, no se adelantaron acciones relacionadas con la obligación descrita, dado que esta corresponde a la etapa de alistamiento del proceso

CPS 434/2025

327

BOGOTÁ SECRETARÍA DE GOBIERNO

INFORME DE SUPERVISIÓN PARA LOS CONTRATOS CON PROVEEDORES PERSONA JURÍDICA

SEGUIMIENTO FINANCIERO

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALOR
Valor Inicial	$605.104.069
Valor Adición No. 1 (si aplica)	$0
Valor Adición No. 2 (si aplica)	$0
Valor Total	$605.104.069

Detalle información presupuestal del contrato

Rubro o proyecto de inversión	Meta proyecto de inversión	Inicial o adición	No. CRP	Valor CRP
O23011601060000001855	Chapinero te cuida	Inicial	1270	$130.070.976
O23011603400000002035	En Chapinero todas contamos	Inicial	1270	$475.033.093
Valor total de los CRP				$605.104.069

Detalle pagos realizados

Periodo de pago	Rubro o proyecto de inversión	Meta proyecto de inversión	No. CRP	Valor CRP	Valor Facturado	Saldo CRP
Totales				$605.104.069	$0	$605.104.069

Resumen ejecución financiera del contrato

Concepto		Valor
1. Valor Inicial:	$	605.104.069
2. Valor Adiciones:	$	0
3. Valor Total:	$	605.104.069
4. Valor Total Ejecutado:	$	121.020.814
5. Saldo:	$	484.083.255

ALEXANDRA MEJÍA GUZMÁN
C.C. No. 43.733.246 de Envigado
Alcaldesa Local

KATHERINE LEAL ACOSTA
C.C. No.1.030.549.613 de Bogotá
Contratista Profesional – FDLCH
Apoyo a la supervisión
Memorando Nro. 20255220006803 de 15/05/2025

FACTURA ELECTRÓNICA LEGAL Y RESOLUCIÓN

UNION TEMPORAL
CUIDADO AL CUIDADOR
NIT. 901.909.231-6

12 329

Factura Electrónica De Venta No.

FV 3

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
RETENEDORES DE ICA EN BOGOTÁ
ACTIVIDAD ECONOMICA 8230 - 9499
TARIFA ICA 9.66 * 1000

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764088755232 que habilita desde FV 1 hasta FV 500. Vence 2027-02-12

Datos de Adquiriente:		Datos de Emisor:	
Razón Social / Nombre y Apellidos:	FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE CHAPINERO	**Razón Social:**	UNION TEMPORALCUIDADO AL CUIDADOR
Nit:	899999061 9	**Nit:**	901.909.231 – 6
Dirección:	CR 13 54 74	**Dirección:**	Dirección: Calle 116 a No. 71 A 39
Ciudad:	Bogota D.C.	**Ciudad:**	Bogotá D.C.
Teléfono:	6013387000	**Teléfono:**	601 - 7036962
Email	cdi.chapinero@gobiernobogota.gov.co	**Email:**	contabilidadhogares4@gmail.com

FORMA DE PAGO Credito FECHA VENCIMIENTO 09 06 2025

It.	Referencia	Descripción	Cant.	U.Med.		% Desc.	it.	% IVA	Valor IVA	Valor Total
1	41653010	Primer pago del 20% del valor del contrato, a la presentación del 1er informe por parte del operador con ejecución y cumplimiento de aprobación en etapa de alistamiento: Talento Humano, Diseños metodológicos de las actividades del proyecto. Diseños de comunicación y convocatoria, armonizado con plan de comunicaciones, Plan de Trabajo con cronograma de actividades, Presentaciones públicas del contrato o la evidencia de la solicitud para la realización. CPS 434 de 2024.	1,00	Und.	101.698.163	0	0	0,19	19.322.651	101.698.163

Total de Item: 1

CIENTO VEINTIUN MILLONES VEINTE MIL OCHOCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica
Fecha y Hora de Generación: 09/06/2025 19:08:22

Subtotal:	101.698.163
Total Descuentos:	0
Subtotal con Desc:	101.698.163
Iva:	19.322.651
Total Retefuente	0
Total Reteica	0
Total Reteiva	0
TOTAL FACTURA	121.020.814

Esta factura de Venta cumple con los requisitos de la Ley 1231 de 17 de Julio de 2008.

Esta factura presenta merito ejecutivo de conformidad con los artículos 772 y subsiguientes del Código de Comercio. Recibió el producto y/o servicio a entera satisfacción.

Se hace constar que la firma de una persona distinta a comprador implica que indica persona está autorizada expresamente por el comprador a firmar, confesar la DEUDA y obligar a comprador.

Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: 'World Office (wo_2)
CUFE: 6c9407d0d365a94c5fec953186f299b12b690f3b963a8790db23f336a443803f0eb5fa1aa78c573fc24377a46dff1c7a --Fecha y Hora de Expedición : 10/06/2025 3:19:46 p. m.

330

DIAN

Autorización Numeración de Facturación

1876

Página 2 de 2 Hoja No. 2

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764088755232

(415)7707212489984(8020) 001876408875523 2

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
9 0 1 9 0 9 2 3 1	6				

11. Razón social

UNION TEMPORAL CUIDADO AL CUIDADOR

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

	29. Establecimiento	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
1	UNION TEMPORAL CUIDADO AL CUIDADOR CL 116 A # 71 A - 39	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	4	FV	1	500	24	AUTORIZACIÓN	1
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

AUTORIZADO

331

DIAN

Autorización Numeración de Facturación

1876

14

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764088755232

(415)7707212489984(8020) 00187640887552 3 2

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
9 0 1 9 0 9 2 3 1	6				

11. Razón social
UNION TEMPORAL CUIDADO AL CUIDADOR

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá — Cód. 3 2

24. Dirección
CL 116 A # 71 A - 39

25. País	26.Departamento	27. Municipio
Colombia	Bogotá D.C.	Bogotá, D.C.

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684 - 2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 000165 del 01/11/2023, por la cual se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal o apoderado debidamente acreditado; determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos en que se agote dicha numeración antes de culminar su vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo con el tramite establecido.

Las vigencias de los rangos de numeración de facturación, se contarán a partir de la formalización de éste documento oficial.

Si el obligado a facturar; no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de dichos rangos.

El formato oficial 1876 Autorización numeración de facturación es único e intransferible, solo surte efecto durante la vigencia para el titular del mismo, por ende, su custodia y divulgación es exclusiva responsabilidad del facturador. El uso no autorizado del formato o su adulteración puede tener consecuencias de tipo penal.

La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T

Firma del solicitante

Firma del funcionario autorizado

DIAN

2025-02-12 / 09:44:17 AM

Fecha Acuse de Recibo

Firmado

984. Apellidos y nombres
985. Cargo
989. Dependencia

990. Lugar administrativo SUBDIRECCION DE FACTURA ELECTRONICA Y SOLUCI
991. Organización U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION
992. Área
993. Establecimiento

1001. Apellidos y nombres MELO DIAZ VIVIANA CAROLINA
1002. Tipo documento Cédula de Ciudadanía
1003. No. Identiflcación 53103358 1004. DV 7
1005. Cod. Representación Representante Legal Principal
1006. Organización UNION TEMPORAL CUIDADO AL CUIDADOR

997. Fecha formalización 2025-02-12 09:44:17

AUTORIZADO

332
15

DOCUMENTOS OPERADOR

1. Certificado de parafiscales
2. Planilla de pago de parafiscales.
3. Copia Cédula revisor fiscal
4. Copia Tarjeta profesional revisor fiscal
5. Vigencia de la tarjeta profesional revisor fiscal.
6. Copia Cedula representante legal
7. Certificación bancaria vigente
8. RUT
9. RIT
10. Certificado de existencia
11. Copia contrato
12. Acta de inicio
13. Garantía de cumplimiento

330
16

HOGARES SI A LA VIDA
NIT 900.175.374-5

CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002 Y 828 DE 2003

PERSONA JURÍDICA

Yo, HERNANDO PINZON ROJAS identificado con cedula de ciudadanía No 19.419.033 de Bogotá, y con Tarjeta Profesional No. 20330 – T, en mi condición de revisor fiscal de la ASOCIACIÓN DE HOGARES SI A LA VIDA identificada con NIT 900.175.374-5, con personería jurídica y reconocida como entidad privada sin ánimo de lucro ante la cámara de Comercio de Bogotá, constituida el 19 de septiembre de 2007 libro 1 No. 126491, certifico el pago de aportes al sistema de Seguridad Social y Parafiscales realizados por ASOCIACIÓN DE HOGARES SI A LA VIDA inclusive hasta el mes de junio de 2025, de acuerdo con lo establecido en las normas legales. Lo anterior en cumplimiento en lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

También certifico que se ha verificado el pago a los aportes al sistema de salud, pensión y riesgos profesionales ARL realizados por todo el talento humano contratado.

Dado a los quince (09) días del mes de junio de 2025.

HERNANDO PINZON ROJAS
Revisor Fiscal
TP 20330 - T

334

79.867.234-5 Deporte, Recreación y Turismo

DECLARACION JURAMENTADA DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES
ARTICULO 9 LEY 828 DE 2003
(PERSONAS NATURALES)

Yo CARLOS ALBERTO PINZON MOLINA identificado (a) con C.C.79867234 de BOGOTA ,de acuerdo con lo señalado en el artículo 9 de la Ley 828 de 2003, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el CódigoPenal en su artículo 442, que he efectuado el pago por concepto mis aportes y el de mis empleados (esto último en caso de tener empleados a cargo) a los sistemas de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), cuando a ello hubiere lugar, durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de selección..

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 828 de 2003.

Estos pagos, corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 828 de 2003.

Dada en Bogotá, a los 23 dias del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

NOMBRE DE QUIEN DECLARA:
CARLOS ALBERTO PINZON MOLINA
C.C.: 79.867.234 de Bogotá

MARTIN ORLANDO QUINTERO GOMEZ
TP. 83542-T

Email cpmdeportes@gmail.com
Teléfono 3132098063
Dirección CL 76 No. 76 - 38 Bogotá D.C.

335

UNION TEMPORAL
CUIDADO AL CUIDADOR
NIT. 901.909.231-6

CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO

Yo HERNANDO PINZON ROJAS, Identificado con la Cedula de Ciudadanía N°19.419.033 expedida en Bogotá, actuando en mi condición de Revisor Fiscal de Unión Temporal Cuidado al cuidador, identificada con Nit 901.909.231 – 6, manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Que de acuerdo con las normas de auditoria generalmente aceptadas en Colombia, la entidad se encuentra al día con el pago de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales durante los últimos seis (6) meses tal como lo establece la ley 789 de 2002 en su artículo 50, ya que el personal contratado a su cargo es por orden de prestación de servicios.

En mi calidad de Revisor Fiscal, he verificado que todo el personal que labora en desarrollo del contrato cumplió a cabalidad con el respectivo pago de aportes a salud, pensión y ARL.

Dado a los nueve (9) días del mes de junio de dos mil veinticinco (2025).

HERNANDO PINZON ROJAS
Revisor Fiscal
TP 20330 - T

CALLE 116 A NO. 71 A - 39 TELEFONO 7036960 - 3125355775

CORREO ELECTRÓNICO: ASOCIACIONDEHOGARESSIALAVIDA@GMAIL.COM

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

336

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900175374-5	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA		CL 116 A 71 A 39	7036960	asociaciondehogaressialavida@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			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
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	04/02/2025	83684447	$3.687.600	

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	106.800	0		0		0	0	0	0	106.800	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	106.800	0		0		0	0	0	0	106.800	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	463.600	0		0		0	0	0	0	463.600	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	106.800	0		0		0	0	0	0	106.800	1
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	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	136.700	0	0	0	0	0	0		136.700	1
230301	Porvenir	800224808-8	593.400	0	0	0	0	0	0		593.400	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	821.200	0	0	0	0	0	0		821.200	4

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										
14-29	Equidad Vida	830008686-1	51.000				51.000	0	0	51.000			510	51.000	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	331.000	0	0	331.000	7
CCF56	Comfenalco Valle	890303093-5	57.000	0	0	57.000	1

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

387

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900175374-5	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA		CL 116 A 71 A 39	7036960	asociaciondehogaressialavida@gmail.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.	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
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E	04/02/2025	83684447	$3.687.600	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
194.000	0	0	194.000	8
ICBF				
291.300	0	0	291.300	8
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	6	1.212.000	1.212.000
Pensión	3	1.551.300	1.551.300
Riesgos Laborales	1	51.000	51.000
CCF	2	388.000	388.000
ESAP	0	0	0
ICBF	1	291.300	291.300
MEN	0	0	0
SENA	1	194.000	194.000
TOTALES	14	3.687.600	3.687.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

338

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900175374-5	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA		CL 116 A 71 A 39	7036960	asociaciondehogaressialavida@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**		**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	C – MIPYME			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
					8	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-02	2025-01	E	04/02/2025	83684447	$3.687.600	

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	1023031215	AREVALO RAMIREZ MARIA FERNANDA	1	0			N	X																230301	854.100	136.700	0	0	0	0	EPS008	854.100	106.800	14-29	854.100	1	4.500	CCF24	854.100	34.200	854.100	17.100	25.700	0	0
2	CC	1118307137	BECERRA ROJAS ORLANDO	1	0			N														X			25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS018	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF56	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
3	CC	27604779	ROJAS RAMIREZ KAREN ANDREA	1	0			N	X																25-14	854.100	136.700	0	0	0	0	EPS005	854.100	106.800	14-29	854.100	1	4.500	CCF24	854.100	34.200	854.100	17.100	25.700	0	0
4	CC	37941073	DIAZ CADENA MARIA MAGDALENA	1	0			N																	25-14	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS037	2.000.000	250.000	14-29	2.000.000	1	10.500	CCF24	2.000.000	80.000	2.000.000	40.000	60.000	0	0
5	CC	52316014	MORALES MARROQUIN SANDRA MILENA	1	0			N	X																230301	854.100	136.700	0	0	0	0	EPS008	854.100	106.800	14-29	854.100	1	4.500	CCF24	854.100	34.200	854.100	17.100	25.700	0	0
6	CC	52353491	CASTILLO ROJAS NEIDY TATIANA	1	0			N	X																230201	854.100	136.700	0	0	0	0	EPS002	854.100	106.800	14-29	854.100	1	4.500	CCF24	854.100	34.200	854.100	17.100	25.700	0	0
7	CC	52611911	GUTIERREZ ANTOLINEZ IVONNE ANDREA	1	0			N	X																25-14	854.100	136.700	0	0	0	0	EPS017	854.100	106.800	14-29	854.100	1	4.500	CCF24	854.100	34.200	854.100	17.100	25.700	0	0
8	CC	53103358	MELO DIAZ VIVIANA CAROLINA	1	0			N																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS008	2.000.000	250.000	14-29	2.000.000	1	10.500	CCF24	2.000.000	80.000	2.000.000	40.000	60.000	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

339

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	79867234-5	CARLOS ALBERTO PINZON MOLINA		CALLE 76 # 76 -38	6960430	cpmdeportes@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			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
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E		84038067	$2.166.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	533.900	0		0		0	0	0	0	533.900	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	455.600	0	0	0	0	0	0		455.600	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										
14-29	Equidad Vida	830008686-1	29.900				29.900	0	0	29.900			299	29.900	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	227.900	0	0	227.900	3

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
114.000	0	0	114.000	3
ICBF				
171.100	0	0	171.100	3
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	711.900	711.900
Pensión	3	911.200	911.200
Riesgos Laborales	1	29.900	29.900
CCF	1	227.900	227.900
ESAP	0	0	0
ICBF	1	171.100	171.100
MEN	0	0	0
SENA	1	114.000	114.000
TOTALES	9	2.166.000	2.166.000

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

340

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	79867234-5	CARLOS ALBERTO PINZON MOLINA	CALLE 76 # 76 -38	6960430	cpmdeportes@gmail.com	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.	NC

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					3	0

PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR
2025-02	2025-01	E		84038067	$2.166.000

DETALLE POR COTIZANTE

No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cónyuge Extranjero	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	1000592483	RUBIO AVILA PAULA ANDRE*	1	0			N	X																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800		
2	CC	79603685	BAQUERO MIRANDA JOSE FERNEY	1	0			N																25-14	2.847.000	455.600	0	0	0	0	EPS005	2.847.000	355.900	14-29	2.847.000	1	14.900	CCF24	2.847.000	113.900	2.847.000	57.000	85.500	0	0
3	CC	1057591797	GUZMAN RODRIGUEZ ESTEFANIA	1	0			N																230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

341

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	79867234-5	CARLOS ALBERTO PINZON MOLINA	CALLE 76 # 76 -38	6960430	cpmdeportes@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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	CANTIDAD UPC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-01	E		84038067	$2.166.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	533.900	0		0		0	0	0	0	533.900	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	455.600	0	0	0	0	0	0		455.600	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										
14-29	Equidad Vida	830008686-1	29.900				29.900	0	0	29.900			299	29.900	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	227.900	0	0	227.900	3

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
114.000	0	0	114.000	3
ICBF				
171.100	0	0	171.100	3
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	711.900	711.900
Pensión	3	911.200	911.200
Riesgos Laborales	1	29.900	29.900
CCF	1	227.900	227.900
ESAP	0	0	0
ICBF	1	171.100	171.100
MEN	0	0	0
SENA	1	114.000	114.000
TOTALES	9	2.166.000	2.166.000

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

342

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	79867234-5	CARLOS ALBERTO PINZON MOLINA	CALLE 76 # 76 -38	6960430	cpmdeportes@gmail.com	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	B – menos de 200 c			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	CANTIDAD UPC
					3	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-02	2025-01	E		84038067	$2.166.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES					CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. 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	1000592483	RUBIO AVILA PAULA ANDREA	1	0			N	X																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
2	CC	79603685	BAQUERO MIRANDA JOSE FERNEY	1	0			N																25-14	2.847.000	455.600	0	0	0	0	EPS005	2.847.000	355.900	14-29	2.847.000	1	14.900	CCF24	2.847.000	113.900	2.847.000	57.000	85.500	0	0
3	CC	1057591797	GUZMAN RODRIGUEZ ESTEFANIA	1	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

3/13

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900175374-5	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA	CL 116 A 71 A 39	7036960	asociaciondehogaressialavida@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		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
					10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	05/03/2025	84702505	$5.529.000	

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	606.000	0		0		0	0	0	0	606.000	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	124.600	0		0		0	0	0	0	124.600	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	124.600	0		0		0	0	0	0	124.600	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	775.600	0	0	0	0	0	0		775.600	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.322.400	0	0	0	0	0	0		1.322.400	6

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										
14-29	Equidad Vida	830008686-1	76.600				76.600	0	0	76.600			766	76.600	10

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	581.800	0	0	581.800	10

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

344

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900175374-5	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA		CL 116 A 71 A 39	7036960	asociaciondehogaressialavida@gmail.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.	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
					10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	05/03/2025	84702505	$5.529.000	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
291.000	0	0	291.000	10
ICBF				
436.600	0	0	436.600	10
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	8	1.817.200	1.817.200
Pensión	3	2.325.800	2.325.800
Riesgos Laborales	1	76.600	76.600
CCF	1	581.800	581.800
ESAP	0	0	0
ICBF	1	436.600	436.600
MEN	0	0	0
SENA	1	291.000	291.000
TOTALES	15	5.529.000	5.529.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

345

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900175374-5	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA		CL 116 A 71 A 39	7036960	asociaciondehogaressialavida@gmail.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.	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				10	0
2025-03	2025-02	E	05/03/2025	84702505	TOTAL A PAGAR	
					$5.529.000	

DETALLE POR COTIZANTE

			INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	1023031215	AREVALO RAMIREZ MARIA FERNANDA	1	0			N																230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS008	1,423,500	178,000	14-29	1,423,500	1	7,500	CCF24	1,423,500	57,000	1,423,500	28,500	42,800	0	0
2	CC	1081791630	JIMENEZ PACHECO MARGARITA SOFIA	1	0			N	X															25-14	996,450	159,500	0	0	0	0	EPS041	996,450	124,600	14-29	996,450	1	5,300	CCF24	996,450	39,900	996,450	20,000	29,900	0	0
3	CC	1118307137	BECERRA ROJAS ORLANDO	1	0			N																25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS018	1,423,500	178,000	14-29	1,423,500	1	7,500	CCF24	1,423,500	57,000	1,423,500	28,500	42,800	0	0
4	CC	27604779	ROJAS RAMIREZ KAREN ANDREA	1	0			N																25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS005	1,423,500	178,000	14-29	1,423,500	1	7,500	CCF24	1,423,500	57,000	1,423,500	28,500	42,800	0	0
5	CC	37941073	DIAZ CADENA MARIA MAGDALENA	1	0			N																25-14	2,000,000	320,000	0	0	0	0	EPS037	2,000,000	250,000	14-29	2,000,000	1	10,500	CCF24	2,000,000	80,000	2,000,000	40,000	60,000	0	0
6	CC	52316014	MORALES MARROQUIN SANDRA MILENA	1	0			N																230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS003	1,423,500	178,000	14-29	1,423,500	1	7,500	CCF24	1,423,500	57,000	1,423,500	28,500	42,800	0	0
7	CC	52353491	CASTILLO ROJAS NEIDY TATIANA	1	0			N																230201	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS002	1,423,500	178,000	14-29	1,423,500	1	7,500	CCF24	1,423,500	57,000	1,423,500	28,500	42,800	0	0
8	CC	52611911	GUTIERREZ ANTOLINEZ IVONNE ANDREA	1	0			N																25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS017	1,423,500	178,000	14-29	1,423,500	1	7,500	CCF24	1,423,500	57,000	1,423,500	28,500	42,800	0	0
9	CC	53103358	MELO DIAZ VIVIANA CAROLINA	1	0			N																230301	2,000,000	320,000	0	0	0	0	EPS008	2,000,000	250,000	14-29	2,000,000	1	10,500	CCF24	2,000,000	80,000	2,000,000	40,000	60,000	0	0
10	CC	79642296	ROA MONTAÑEZ JOHN FREDY	1	0			N	X															25-14	996,450	159,500	0	0	0	0	EPSC34	996,450	124,600	14-29	996,450	1	5,300	CCF24	996,450	39,900	996,450	20,000	29,900	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

26

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	79867234-5	CARLOS ALBERTO PINZON MOLINA	CALLE 76 # 76 -38	6960430	cpmdeportes@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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: 3 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-04	2025-03	E		85493045	$2.166.000

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	533.900	0		0		0	0	0	0	533.900	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	455.600	0	0	0	0	0	0		455.600	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										
14-29	Equidad Vida	830008686-1	29.900				29.900	0	0	29.900			299	29.900	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	227.900	0	0	227.900	3

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
114.000	0	0	114.000	3
ICBF				
171.100	0	0	171.100	3
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	711.900	711.900
Pensión	3	911.200	911.200
Riesgos Laborales	1	29.900	29.900
CCF	1	227.900	227.900
ESAP	0	0	0
ICBF	1	171.100	171.100
MEN	0	0	0
SENA	1	114.000	114.000
TOTALES	9	2.166.000	2.166.000

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	79867234-5	CARLOS ALBERTO PINZON MOLINA	CALLE 76 # 76 -38	6960430	cpmdeportes@gmail.com	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	B – menos de 200			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					3	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-04	2025-03	E		85493045	$2.166.000	

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	Exonerado	IGE	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	1000592483	RUBIO AVILA PAULA ANDREA	1	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
2	CC	79603685	BAQUERO MIRANDA JOSE FERNEY	1	0			N																	25-14	2.847.000	455.600	0	0	0	0	EPS005	2.847.000	355.900	14-29	2.847.000	1	14.900	CCF24	2.847.000	113.900	2.847.000	57.000	85.500	0	0
3	CC	1057591797	GUZMAN RODRIGUEZ ESTEFANIA	1	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0

Este documento clasific como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

347

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO	PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
NI	900175374-5	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA	U			2025	4	2025	8533707		PUBLICA / PRIVADA / MIXTA	PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE	14-29	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CL 116 A 71 A 39	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	7036960	7036960	asociaciondehogaressialavida@gmail.	9319	15.388.000	10	2025/04/08	1396670740

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS002	800130907-4	178.000	0		0		0	178.000	0	0	0	178.000	0		0	0	178.000	1
EPS005	800251440-6	178.000	0		0		0	178.000	0	0	0	178.000	0		0	0	178.000	1
EPS008	860066942-7	606.000	0		0		0	606.000	0	0	0	606.000	0		0	0	606.000	3
EPS017	830003564-7	178.000	0		0		0	178.000	0	0	0	178.000	0		0	0	178.000	1
EPS018	805001157-2	178.000	0		0		0	178.000	0	0	0	178.000	0		0	0	178.000	1
EPS037	900156264-2	250.000	0		0		0	250.000	0	0	0	250.000	0		0	0	250.000	1
EPS041	900156264-2	178.000	0		0		0	178.000	0	0	0	178.000	0		0	0	178.000	1
EPSC34	900298372-9	178.000	0		0		0	178.000	0	0	0	178.000	0		0	0	178.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230201	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0	227.800	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
CCF24	860066942-7	616.000	0	0	616.000	10

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	462.400	0	0	462.400	10
SENA					
1	308.000	0	0	308.000	10

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-29	830008686-1	81.000		0	0	81.000
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	81.000		0	810	81.000

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	3
SALUD	8
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	1
OTRAS	2
TOTAL	15

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	2.462.400	2.462.400
SALUD	1.924.000	1.924.000
RIESGOS LABORALES	81.000	81.000
CCF	616.000	616.000
SENA	308.000	308.000
ICBF	462.400	462.400
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	5.853.800	5.853.800

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

compensar | miplanilla.com

348

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALOR IBC						LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	RGISTRO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1023031215	AREVALO RAMIREZ MARIA FERNANDA	EPS008	230301	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0

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

compensar | miplanilla.com

394

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
No.	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	DIRITO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
2	CC	1081791630	JIMENEZ PACHECO MARGARITA SOFIA	EPS041	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0

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

compensar | miplanilla.com

850

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALOR IBC						LIQUIDACION DE APORTES				
No.	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	DIAS COTIZ	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
2	CC	1081791630	JIMENEZ PACHECO MARGARITA SOFIA	EPS041	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
3	CC	1118307137	BECERRA ROJAS ORLANDO	EPS018	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0

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

compensar | miplanilla.com

351

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																			VALOR IBC						LIQUIDACIÓN DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	Ajuste + Cotizante	ESTÁNDAR	COLOMBIA MAYOR 65 AÑOS	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
2	CC	1081791630	JIMENEZ PACHECO MARGARITA SOFIA	EPS041	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
3	CC	1118307137	BECERRA ROJAS ORLANDO	EPS018	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
4	CC	27604779	ROJAS RAMIREZ KAREN ANDREA	EPS005	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0

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

compensar | miplanilla.com

352

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALOR IBC						LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUSTITO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
2	CC	1081791630	JIMENEZ PACHECO MARGARITA SOFIA	EPS041	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.600	0	0	178.000	0
3	CC	1118307137	BECERRA ROJAS ORLANDO	EPS018	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
4	CC	27604779	ROJAS RAMIREZ KAREN ANDREA	EPS005	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
5	CC	37941073	DIAZ CADENA MARIA MAGDALENA	EPS037	25-14	CCF24																			2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000	0			320.000	0	0	250.000	0

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

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES															VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	DIRITO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
2	CC	1081791630	JIMENEZ PACHECO MARGARITA SOFIA	EPS041	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
3	CC	1118307137	BECERRA ROJAS ORLANDO	EPS018	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
4	CC	27604779	ROJAS RAMIREZ KAREN ANDREA	EPS005	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
5	CC	37941073	DIAZ CADENA MARIA MAGDALENA	EPS037	25-14	CCF24																			2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000	0			320.000	0	0	250.000	0
6	CC	52316014	MORALES MARROQUIN SANDRA MILENA	EPS008	230301	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0

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

compensar | miplanilla.com

354

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	HRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	APORTE EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
2	CC	1081791630	JIMENEZ PACHECO MARGARITA SOFIA	EPS041	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0		227.600	0	0	178.000	0
3	CC	1118307137	BECERRA ROJAS ORLANDO	EPS018	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0		227.600	0	0	178.000	0
4	CC	27604779	ROJAS RAMIREZ KAREN ANDREA	EPS005	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0		227.600	0	0	178.000	0
5	CC	37941073	DIAZ CADENA MARIA MAGDALENA	EPS037	25-14	CCF24																			2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000	0		320.000	0	0	250.000	0
6	CC	52316014	MORALES MARROQUIN SANDRA MILENA	EPS008	230301	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0		227.600	0	0	178.000	0
7	CC	52353491	CASTILLO ROJAS NEIDY TATIANA	EPS002	230201	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0		227.600	0	0	178.000	0

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

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES															VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	COTIZANTE EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ RENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
2	CC	1081791630	JIMENEZ PACHECO MARGARITA SOFIA	EPS041	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
3	CC	1118307137	BECERRA ROJAS ORLANDO	EPS018	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
4	CC	27604779	ROJAS RAMIREZ KAREN ANDREA	EPS005	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
5	CC	37941073	DIAZ CADENA MARIA MAGDALENA	EPS037	25-14	CCF24																			2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000	0			320.000	0	0	250.000	0
6	CC	52316014	MORALES MARROQUIN SANDRA MILENA	EPS008	230301	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
7	CC	52353491	CASTILLO ROJAS NEIDY TATIANA	EPS002	230201	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
8	CC	52611911	GUTIERREZ ANTOLINEZ IVONNE ANDREA	EPS017	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0

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

compensar | miplanilla.com

356

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

	DATOS DEL AFILIADO						NOVEDADES																VALOR IBC						LIQUIDACION DE APORTES				
No.	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	INGS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUSPENSION CONTRATO	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
2	CC	1081791630	JIMENEZ PACHECO MARGARITA SOFIA	EPS041	25-14	CCF24																1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
3	CC	1118307137	BECERRA ROJAS ORLANDO	EPS018	25-14	CCF24																1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
4	CC	27604779	ROJAS RAMIREZ KAREN ANDREA	EPS005	25-14	CCF24																1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
5	CC	37941073	DIAZ CADENA MARIA MAGDALENA	EPS037	25-14	CCF24																2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000	0			320.000	0	0	250.000	0
6	CC	52316014	MORALES MARROQUIN SANDRA MILENA	EPS008	230301	CCF24																1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
7	CC	52353491	CASTILLO ROJAS NEIDY TATIANA	EPS002	230201	CCF24																1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
8	CC	52611911	GUTIERREZ ANTOLINEZ IVONNE ANDREA	EPS017	25-14	CCF24																1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
9	CC	53103358	MELO DIAZ VIVIANA CAROLINA	EPS008	230301	CCF24																2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000	0			320.000	0	0	250.000	0

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

compensar | miplanilla.com

357

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																	VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	APORTE VOLUNTARIO	APORTE ESTUDIANTE	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
2	CC	1081791630	JIMENEZ PACHECO MARGARITA SOFIA	EPS041	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
3	CC	1118307137	BECERRA ROJAS ORLANDO	EPS018	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
4	CC	27604779	ROJAS RAMIREZ KAREN ANDREA	EPS005	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
5	CC	37941073	DIAZ CADENA MARIA MAGDALENA	EPS037	25-14	CCF24																			2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000	0			320.000	0	0	250.000	0
6	CC	52316014	MORALES MARROQUIN SANDRA MILENA	EPS008	230301	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
7	CC	52353491	CASTILLO ROJAS NEIDY TATIANA	EPS002	230201	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
8	CC	52611911	GUTIERREZ ANTOLINEZ IVONNE ANDREA	EPS017	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0
9	CC	53103358	MELO DIAZ VIVIANA CAROLINA	EPS008	230301	CCF24																			2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000	0			320.000	0	0	250.000	0
10	CC	79642296	ROA MONTAÑEZ JOHN FREDY	EPSC34	25-14	CCF24																			1.423.500	1.423.500	1.423.500	1.423.500	0			227.800	0	0	178.000	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

388

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900175374-5	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA	CL 116 A 71 A 39	7036960	asociaciondehogaressialavida@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		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
					10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	08/04/2025	85337070	$5.853.800	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	606.000	0		0		0	0	0	0	606.000	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	775.600	0	0	0	0	0	0		775.600	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.459.000	0	0	0	0	0	0		1.459.000	6

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										
14-29	Equidad Vida	830008686-1	81.000				81.000	0	0	81.000			810	81.000	10

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	616.000	0	0	616.000	10

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	900175374-5	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA		CL 116 A 71 A 39	7036960	asociaciondehogaressialavida@gmail.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.	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
					10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	08/04/2025	85337070	$5.853.800	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
308.000	0	0	308.000	10
ICBF				
462.400	0	0	462.400	10
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	8	1.924.000	1.924.000
Pensión	3	2.462.400	2.462.400
Riesgos Laborales	1	81.000	81.000
CCF	1	616.000	616.000
ESAP	0	0	0
ICBF	1	462.400	462.400
MEN	0	0	0
SENA	1	308.000	308.000
TOTALES	15	5.853.800	5.853.800

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	900175374-5	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA	CL 116 A 71 A 39	7036960	asociaciondehogaressialavida@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			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
					10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-03	E	08/04/2025	85337070	$5.853.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. 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	1023031215	AREVALO RAMIREZ MARIA FERNANDA	1	0			N																	230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS008	1,423,500	178,000	14-29	1,423,500	1	7,500	CCF24	1,423,500	57,000	1,423,500	28,500	42,800	0	0
2	CC	1081791630	JIMENEZ PACHECO MARGARITA SOFIA	1	0			N																	25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS041	1,423,500	178,000	14-29	1,423,500	1	7,500	CCF24	1,423,500	57,000	1,423,500	28,500	42,800	0	0
3	CC	1118307137	BECERRA ROJAS ORLANDO	1	0			N																	25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS018	1,423,500	178,000	14-29	1,423,500	1	7,500	CCF24	1,423,500	57,000	1,423,500	28,500	42,800	0	0
4	CC	27604779	ROJAS RAMIREZ KAREN ANDREA	1	0			N																	25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS005	1,423,500	178,000	14-29	1,423,500	1	7,500	CCF24	1,423,500	57,000	1,423,500	28,500	42,800	0	0
5	CC	37941073	DIAZ CADENA MARIA MAGDALENA	1	0			N																	25-14	2,000,000	320,000	0	0	0	0	EPS037	2,000,000	250,000	14-29	2,000,000	1	10,500	CCF24	2,000,000	80,000	2,000,000	40,000	60,000	0	0
	CC	316014	MORALES MARROQUIN SANDRA MILENA	1	0			N																	230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS008	1,423,500	178,000	14-29	1,423,500	1	7,500	CCF24	1,423,500	57,000	1,423,500	28,500	42,800	0	0
7	CC	52353491	CASTILLO ROJAS NEIDY TATIANA	1	0			N																	230201	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS002	1,423,500	178,000	14-29	1,423,500	1	7,500	CCF24	1,423,500	57,000	1,423,500	28,500	42,800	0	0
8	CC	52611911	GUTIERREZ ANTOLINEZ IVONNE ANDREA	1	0			N																	25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS017	1,423,500	178,000	14-29	1,423,500	1	7,500	CCF24	1,423,500	57,000	1,423,500	28,500	42,800	0	0
9	CC	53103358	MELO DIAZ VIVIANA CAROLINA	1	0			N																	230301	2,000,000	320,000	0	0	0	0	EPS008	2,000,000	250,000	14-29	2,000,000	1	10,500	CCF24	2,000,000	80,000	2,000,000	40,000	60,000	0	0
10	CC	79642296	ROA MONTAÑEZ JOHN FREDY	1	0			N																	25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPSC34	1,423,500	178,000	14-29	1,423,500	1	7,500	CCF24	1,423,500	57,000	1,423,500	28,500	42,800	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

360

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	79867234-5	CARLOS ALBERTO PINZON MOLINA	CALLE 76 # 76 -38	6960430	cpmdeportes@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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	CANTIDAD UPC
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	12/05/2025	86414266	$2.170.700	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	533.900	0		0		0	3	1.100	0	535.000	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	178.000	0		0		0	3	400	0	178.400	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	3	500	0	228.300	1
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	3	500	0	228.300	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	455.600	0	0	0	0	3	900	0	456.500	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										
14-29	Equidad Vida	830008686-1	29.900				29.900	3	100	30.000			299	30.000	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	227.900	3	500	228.400	3

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
114.000	3	300	114.300	3
ICBF				
171.100	3	400	171.500	3
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	711.900	713.400
Pensión	3	911.200	913.100
Riesgos Laborales	1	29.900	30.000
CCF	1	227.900	228.400
ESAP	0	0	0
ICBF	1	171.100	171.500
MEN	0	0	0
SENA	1	114.000	114.300
TOTALES	9	2.166.000	2.170.700

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	79867234-5	CARLOS ALBERTO PINZON MOLINA		CALLE 76 # 76 -38	6960430	cpmdeportes@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NC

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				3	0
2025-05	2025-04	E	12/05/2025	86414266	TOTAL A PAGAR	
					$2.170.700	

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	Estamerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	1000592483	RUBIO AVILA PAULA ANDRL .	1	0			N																230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS005	1,423,500	178,000	14-29	1,423,500	1	7,500	CCF24	1,423,500	57,000	1,423,500	28,500	42,800	0	0
2	CC	79603685	BAQUERO MIRANDA JOSE FERNEY	1	0			N																25-14	2,847,000	455,500	0	0	0	0	EPS005	2,847,000	355,900	14-29	2,847,000	1	14,900	CCF24	2,847,000	113,900	2,847,000	57,000	85,500	0	0
3	CC	1057591797	GUZMAN RODRIGUEZ ESTEFANIA	1	0			N																230201	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS037	1,423,500	178,000	14-29	1,423,500		7,500	CCF24	1,423,500	57,000	1,423,500	28,500	42,800	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLA[illegible]LA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

361

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	79867234-5	CARLOS ALBERTO PINZON MOLINA	CALLE 76 # 76 -38	6960430	cpmdeportes@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-05	E	09/06/2025	87213746	$2.166.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	533.900	0		0		0	0	0	0	533.900	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	455.600	0	0	0	0	0	0		455.600	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										
14-29	Equidad Vida	830008686-1	29.900				29.900	0	0	29.900			299	29.900	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	227.900	0	0	227.900	3

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
114.000	0	0	114.000	3
ICBF				
171.100	0	0	171.100	3
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	711.900	711.900
Pensión	3	911.200	911.200
Riesgos Laborales	1	29.900	29.900
CCF	1	227.900	227.900
ESAP	0	0	0
ICBF	1	171.100	171.100
MEN	0	0	0
SENA	1	114.000	114.000
TOTALES	9	2.166.000	2.166.000

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	79867234-5	CARLOS ALBERTO PINZON MOLINA		CALLE 76 # 76 -38	6960430	cpmdeportes@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	B – menos de 200 c			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
					3	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-06	2025-05	E	09/06/2025	87213746	$2.166.000	

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	Exonerado	NO	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	1000592483	RUBIO AVILA PAULA ANDREA	1	0			N																	230301	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS005	1,423,500	178,000	14-29	1,423,500	1	7,500	CCF24	1,423,500	57,000	1,423,500	28,500	42,800	0	0
2	CC	79603685	BAQUERO MIRANDA JOSE FERNEY	1	0			N																	25-14	2,847,000	455,600	0	0	0	0	EPS005	2,847,000	355,900	14-29	2,847,000	1	14,900	CCF24	2,847,000	113,900	2,847,000	57,000	85,500	0	0
3	CC	1057591797	GUZMAN RODRIGUEZ ESTEFANIA	1	0			N																	230201	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS037	1,423,500	178,000	14-29	1,423,500	1	7,500	CCF24	1,423,500	57,000	1,423,500	28,500	42,800	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

362

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900175374-5	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA		CL 116 A 71 A 39	7036960	asociaciondehogaressialavida@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			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
					10	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	07/05/2025	86419346	$6.090.900	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	356.000	0		0		0	0	0	0	356.000	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	678.000	0		0		0	0	0	0	678.000	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	6.000	0		0		0	0	0	0	6.000	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.095.600	0	0	0	0	0	0		1.095.600	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.238.800	0	0	0	0	0	0		1.238.800	6

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										
14-29	Equidad Vida	830008686-1	84.200				84.200	0	0	84.200			842	84.200	10

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	583.900	0	0	583.900	9
CCF56	Comfenalco Valle	890303093-5	57.000	0	0	57.000	1

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	900175374-5	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA	CL 116 A 71 A 39	7036960	asociaciondehogaressialavida@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		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				10	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-04	E	07/05/2025	86419346	$6.090.900	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
320.500	0	0	320.500	10
ICBF				
481.100	0	0	481.100	10
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	8	2.002.000	2.002.000
Pensión	3	2.562.200	2.562.200
Riesgos Laborales	1	84.200	84.200
CCF	2	640.900	640.900
ESAP	0	0	0
ICBF	1	481.100	481.100
MEN	0	0	0
SENA	1	320.500	320.500
TOTALES	16	6.090.900	6.090.900

PAGADA

0345-2626

26-07-2026

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
NI	79867234-5	CARLOS ALBERTO PINZON MOLINA	CALLE 76 # 76 -38	6960430	cpmdeportes@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		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
					3	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-05	E	09/06/2025	87213746	$2.166.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	533.900	0		0		0	0	0	0	533.900	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	455.600	0	0	0	0	0	0		455.600	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										
14-29	Equidad Vida	830008686-1	29.900				29.900	0	0	29.900			299	29.900	3

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	227.900	0	0	227.900	3

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
114.000	0	0	114.000	3
ICBF				
171.100	0	0	171.100	3
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	711.900	711.900
Pensión	3	911.200	911.200
Riesgos Laborales	1	29.900	29.900
CCF	1	227.900	227.900
ESAP	0	0	0
ICBF	1	171.100	171.100
MEN	0	0	0
SENA	1	114.000	114.000
TOTALES	9	2.166.000	2.166.000

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	79867234-5	CARLOS ALBERTO PINZON MOLINA		CALLE 76 # 76 -38	6960430	cpmdeportes@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
UNICA	B – menos de 200 c			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	CANTIDAD UPC
					3	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-06	2025-05	E	09/06/2025	87213746	$2.166.000	

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	Excepción	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	1000592483	RUBIO AVILA PAULA ANDREA	1	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
2	CC	79603685	BAQUERO MIRANDA JOSE FERNEY	1	0			N																	25-14	2.847.000	455.600	0	0	0	0	EPS005	2.847.000	355.900	14-29	2.847.000	1	14.900	CCF24	2.847.000	113.900	2.847.000	57.000	85.500	0	0
3	CC	1057591797	GUZMAN RODRIGUEZ ESTEFANIA	1	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	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	900175374-5	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA	CL 116 A 71 A 39	7036960	asociaciondehogaressialavida@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		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: 9 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-06	2025-05	E		86889114	$6.072.600

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	356.000	0		0		0	0	0	0	356.000	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	678.000	0		0		0	0	0	0	678.000	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.095.600	0	0	0	0	0	0		1.095.600	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.231.200	0	0	0	0	0	0		1.231.200	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										
14-29	Equidad Vida	830008686-1	83.900				83.900	0	0	83.900			839	83.900	9

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	582.000	0	0	582.000	8
CCF56	Comfenalco Valle	890303093-5	57.000	0	0	57.000	1

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

365

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900175374-5	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA	CL 116 A 71 A 39	7036960	asociaciondehogaressialavida@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		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
					9	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-05	E		86889114	$6.072.600	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
319.500	0	0	319.500	9
ICBF				
479.600	0	0	479.600	9
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	7	1.996.000	1.996.000
Pensión	3	2.554.600	2.554.600
Riesgos Laborales	1	83.900	83.900
CCF	2	639.000	639.000
ESAP	0	0	0
ICBF	1	479.600	479.600
MEN	0	0	0
SENA	1	319.500	319.500
TOTALES	15	6.072.600	6.072.600

PAGA 152712650

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	900175374-5	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA		CL 116 A 71 A 39	7036960	asociaciondehogaressialavida@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			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: 9 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-06	2025-05	E		86889114	$6.072.600

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	1023031215	AREVALO RAMIREZ MARIA FERNANDA	1	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
2	CC	1118307137	BECERRA ROJAS ORLANDO	1	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS018	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF56	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
3	CC	27604779	ROJAS RAMIREZ KAREN ANDREA	1	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
4	CC	37941073	DIAZ CADENA MARIA MAGDALENA	1	0			N																	25-14	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS037	2.000.000	250.000	14-29	2.000.000	1	10.500	CCF24	2.000.000	80.000	2.000.000	40.000	60.000	0	0
5	CC	52316014	MORALES MARROQUIN SANDRA MILENA	1	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
6	CC	52353491	CASTILLO ROJAS NEIDY TATIANA	1	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
7	CC	52611911	GUTIERREZ ANTOLINEZ IVONNE ANDREA	1	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
8	CC	53103358	MELO DIAZ VIVIANA CAROLINA	1	0			N																	230301	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS008	4.000.000	500.000	14-29	4.000.000	1	20.900	CCF24	4.000.000	160.000	4.000.000	80.000	120.000	0	0
9	CC	79642296	ROA MONTAÑEZ JOHN FREDY	1	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPSC34	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0

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	900175374-5	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA	CL 116 A 71 A 39	7036960	asociaciondehogaressialavida@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		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
					9	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-05	E		86889114	$6.072.600	

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	356.000	0		0		0	0	0	0	356.000	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	678.000	0		0		0	0	0	0	678.000	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.095.600	0	0	0	0	0	0		1.095.600	3
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.231.200	0	0	0	0	0	0		1.231.200	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										
14-29	Equidad Vida	830008686-1	83.900				83.900	0	0	83.900			839	83.900	9

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	582.000	0	0	582.000	8
CCF56	Comfenalco Valle	890303093-5	57.000	0	0	57.000	1

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	900175374-5	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA	CL 116 A 71 A 39	7036960	asociaciondehogaressialavida@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ, D. C.	JOGOTÁ, 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
					9	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-05	E		86889114	$6.072.600	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
319.500	0	0	319.500	9
ICBF				
479.600	0	0	479.600	9
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	7	1.996.000	1.996.000
Pensión	3	2.554.600	2.554.600
Riesgos Laborales	1	83.900	83.900
CCF	2	639.000	639.000
ESAP	0	0	0
ICBF	1	479.600	479.600
MEN	0	0	0
SENA	1	319.500	319.500
TOTALES	15	6.072.600	6.072.600

PAGADO 152712658

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	900175374-5	ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA		CL 116 A 71 A 39	7036960	asociaciondehogaressialavida@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			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				9	0
2025-06	2025-05	E		86889114	TOTAL A PAGAR	
					$6.072.600	

DETALLE POR COTIZANTE

	INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cólom. exterior	Excepción	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	1023031215	AREVALO RAMIREZ MARIA FERNANDA	1	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
2	CC	1118307137	BECERRA ROJAS ORLANDO	1	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS018	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF56	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
3	CC	27604779	ROJAS RAMIREZ KAREN ANDREA	1	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
4	CC	37941073	DIAZ CADENA MARIA MAGDALENA	1	0			N																	25-14	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS037	2.000.000	250.000	14-29	2.000.000	1	10.500	CCF24	2.000.000	80.000	2.000.000	40.000	60.000	0	0
5	CC	52316014	MORALES MARROQUIN SANDRA MILENA	1	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
6	CC	52353491	CASTILLO ROJAS NEIDY TATIANA	1	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
7	CC	52611911	GUTIERREZ ANTOLINEZ IVONNE ANDREA	1	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
8	CC	53103358	MELO DIAZ VIVIANA CAROLINA	1	0			N																	230301	4.000.000	640.000	0	0	0	0	EPS008	4.000.000	500.000	14-29	4.000.000	1	20.900	CCF24	4.000.000	160.000	4.000.000	80.000	120.000	0	0
9	CC	79642296	ROA MONTAÑEZ JOHN FREDY	1	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPSC34	1.423.500	178.000	14-29	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0

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

3601
2/8

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.419.033**

PINZON ROJAS

APELLIDOS

HERNANDO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-OCT-1960**

BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.90	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-MAR-1979 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00534486-M-0019419033-20140109 **00364**83972A 1 1632694183

370
26

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

20330-T



HERNANDO
PINZON ROJAS
C.C. 19419033
RES. INSCRIPCION 745 DEL 07/04/1988
UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA

362863

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

26819

220361/0522

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público o Entidad Prestadora de Servicios Contables, según corresponda, de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990 y el Decreto 1510 de 1998. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (60)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

371

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

0F78620D50E695788A

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **HERNANDO PINZON ROJAS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 19419033 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 20330-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 10 días del mes de Mayo de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

392

BBVA

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **UNION TEMPORAL CUIDADO AL CUIDADOR** identificado(a) con **número 901.909.231** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Empresarial No 00130242000200011537** aperturada el **24 de junio de 2025**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **242011537**
10 dígitos: **0242011537**
16 dígitos: **0242000200011537**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **24** de **junio** de **2025** a las **16:35**, con destino a **Quien Interese.**

FIRMA AUTOGRAFICA

FIRMA AUTORIZADA
BBVACOLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO



3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

VER CONTRATO

Información - Patrimonio autónomo

Entidad Fiduciaria

Número de cuenta

NIT

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
Acta de I 434-2024-CPS-FDLCH - UT CUIDADO AL CUIDADOR Firmado VF.pdf	Acta de I 434-2024-CPS-FDLCH - UT CUIDADO AL CUIDADOR Firmado VF.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
DESIGNACION_SUPERVISION_UT CUIDADO AL CUIDADOR.docx.pdf	DESIGNACION_SUPERVISION_UT CUIDADO AL CUIDADOR.docx.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
DESIGNACIÓN APOYO A LA SUPERVISIÓN YENNI KATHERINE LEAL.pdf	DESIGNACIÓN APOYO A LA SUPERVISIÓN YENNI KATHERINE LEAL.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
53.103.358
NUMERO

MELO DIAZ
APELLIDOS

VIVIANA CAROLINA
NOMBRES

Viviana Carolina Melo Díaz
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-ENE-1986
SOCORRO
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,68 ESTATURA | O- G.S. RH | F SEXO

07-ENE-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500108-45124712-F-0053103358-20040329 00085040890 02 153953811

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 2 5 Solicitud de inscripción Unión temporal y/o Consorcio

4. Número de formulario 141157767726

(415)7707212489984(8020) 000014115776772 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 9 0 9 2 3 1	6	Impuestos de Bogotá	3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona jurídica 1		

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
UNION TEMPORAL CUIDADO AL CUIDADOR

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 116 A # 71 A - 39

42. Correo electrónico asociaciondehogaressialavida@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 1 1 2 1	5 7 1 7 0 3 6 9 6 2	6 0 1 7 0 3 6 9 6 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 2 4 1 2 1 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	7	1	4	4	8	5	5																			

07- Retención en la fuente a título de rent
14- Informante de exogena
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
- Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios. 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MELO DIAZ VIVIANA CAROLINA
985. Cargo Representante Legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN | Formulario del Registro Único Tributario | 001

Página 2 de 4 Hoja 2

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141157767726

(415)7707212489984(8020) 000014115776772 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 9 0 9 2 3 1	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica	7	69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
Número		
Fecha	2 0 2 4 1 2 1 1	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro		
76. Fecha de registro		
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	

Vigencia

80. Desde	2 0 2 4 1 2 1 1	
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 4 Hoja 3

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141157767726

(415)7707212489984(8020) 000014115776772 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 9 0 9 2 3 1	6	Impuestos de Bogotá	3 2

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 4 1 2 1 1

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	5 3 1 0 3 3 5 8		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
MELO	DIAZ	VIVIANA	CAROLINA

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141157767726

(415)7707212489984(8020) 000014115776772 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 9 0 9 2 3 1	6	Impuestos de Bogotá	3 2

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
NIT	3 1 9 0 0 1 7 5 3 7 4	5	COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social: ASOCIACION DE HOGARES SI A LA VIDA

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		5 0 2 0 2 4 1 2 1	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada	1 3 7 9 8 6 7 2 3 4		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
PINZON	MOLINA	CARLOS	ALBERTO

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
		5 0 2 0 2 4 1 2 1	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO