ALCALDÍA DE PUERTO GAITÁN, META	CERTIFICADO PAGO SEGURIDAD SOCIAL OTRO TIPO DE CONTRATOS		Puerto Gaitán Paraíso Natural
	CONTRATACIÓN		
	Código: SCO-FR-109	Versión: 01	Vigencia: 01/08/2025

EL SUSCRITO SUPERVISOR(A) DEL MUNICIPIO DE PUERTO GAITÁN - META
PAGO DE APORTES OBLIGATORIOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
(ARTÍCULO 23 LEY 1150 DE 2007)
(Decreto 1703 de 2002)
(Ley 797 de 2003)

HACE CONSTAR

Por medio del presente escrito certifico en mi calidad de SUPERVISOR del contrato **N°0055 DEL CATORCE (14) DE ENERO DEL 2026**, que, **CONSORCIO INTERTRANSPORTE 2026 con Nit. 902.023.390-9** representada legalmente por **JAIRO ALBERTO MORENO GAMEZ** identificado con cedula de ciudadanía **N° 17.421.887 DE ACACIAS** cumplió en el periodo del **1 AL 29 MARZO DE 2026** y realizó, conforme a los documentos soporte, el pago de Aportes Obligatorios al Sistema de Seguridad Social (SALUD, PENSION, ARL, ICBF, CAJA DE COMPENSACION, SENA) correspondiente a los ingresos provenientes del Contrato de Interventoría suscrito con la Alcaldía del Municipio de Puerto Gaitán-Meta, materia del presente pago.

Cuyo objeto es: INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, JURIDICA Y FINANCIERA AL CONTRATO No. 1518 DE 2025 "PRESTACIÓN DE SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR PARA ESTUDIANTES DE LA ZONA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO GAITAN-META

La certificación la realizo previa verificación del pago por los medios electrónicos de la Planilla del pago a la Seguridad Social, PILA Planilla Integrada de Liquidación de Aportes al pago a la Seguridad Social, correspondiente a la **planilla Nº 73069815 pagada el 6/04/2026, planilla N° 60685512 pagada el 6/04/2026, planilla N° 69939896 pagada el 31/03/2026, planilla N° 9502742499 pagada el 6/04/2026, planilla Nº 9502603646 pagada el 6/04/2026, planilla Nº 61673270 pagada el 3/03/2026,** con pago a **SALUD (NUEVA EPS-SALUD TOTAL-SANITAS EPS) PENSIONES (PORVENIR-PROTECCIÒN-COLPENSIONES), ARL POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS Y CAJA DE COMPENSACION COFREM.** Correspondiente al mes **MARZO DE 2026** que se adjunta en 13 folios.

ALCALDÍA DE PUERTO GAITÁN, META	CERTIFICADO PAGO SEGURIDAD SOCIAL OTRO TIPO DE CONTRATOS		Puerto Gaitán Paraíso Natural
	CONTRATACIÓN		
	Código: SCO-FR-109	Versión: 01	Vigencia: 01/08/2025

MES	No PLANILLA	FECHA PAGO DE PLANILLA	SALUD	PENSIÓN	ARL	ICBF	SENA	CAJA DE COMPENSACION	TOTAL
SALUD 03 Y PENSION 03	73069815	6/04/2026	$ 712.500	$ 912.000	$ 138.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.763.400
SALUD 03 Y PENSION 03	60685512	6/04/2026	$ 300.000	$ 384.000	$ 12.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 696.600
SALUD 03 Y PENSION 03	69939896	31/03/2026	$ 218.900	$ 280.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.300
SALUD 03 Y PENSION 03	9502742499	6/04/2026	$ 350.000	$ 448.000	$ 14.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 812.700
SALUD 03 Y PENSION 03	9502603646	6/04/2026	$ 246.400	$ 315.300	$ 10.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 572.000
SALUD 03 Y PENSION 03	61673270	3/03/2026	$ 303.000	$ 387.900	$ 12.700	$ 0	$ 0	$ 48.500	$ 752.100
VALOR TOTAL									$ 5.105.100

Esta certificación forma parte integral del **acta parcial 2 del año 2026**, presentada a la Alcaldía de Puerto Gaitán – Meta, para su correspondiente pago según lo pactado contractualmente.

Se expide a los **22** días del mes de **Abril** del año **2026**, con destino a la carpeta contractual.

DIDIHER EMIL OVALLE ROJAS
SECRETARIO DE EDUCACION
SUPERVISOR

Elaboro: María Angélica castillo	Revisó: Ferney Alvarez	Aprobó: Didiher Emil Ovalle Rojas
Cargo Profesional CPS 535	Cargo: Profesional CPS	Cargo: Secretario De Educación

646

CONSORCIO INTERTRANSPORTE 2026

CERTIFICACIÓN DE PAZ Y SALVO SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

Yo, **JAIRO ALBERTO MORENO GÁMEZ** identificado con CC No. 17.421.887 de Acacías, en mi condición de Representante Legal del **CONSORCIO INTERTRANSPORTE 2026** identificado con Nit. No. **902.023.390-9**, certifico que durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles, ni el consorcio ni las personas que lo conforman han tenido personal vinculado por contrato de trabajo, y en consecuencia no ha tenido obligaciones que cubrir con los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (ICBF), Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción encontrándose a paz y salvo por este concepto. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en las disposiciones legales vigentes sobre la materia.

Dada en Acacías Meta, a los 15 días del mes de Abril de 2026.

Cordialmente,

CONSORCIO INTERTRANSPORTE 2026
Nit. 902.023.390-9
R/L JAIRO ALBERTO MORENO GAMEZ
C.C. N° 17.421.887 DE ACACIAS

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1193542505	DARLY XIMENA GIRALDO PEÑA		MZA J casa#3 Barrio la Carolina	7736718	darlygiraldo62@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	CASTILLA LA NUEVA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69939696	31/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	1	$0	$508.300	

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1193542505	DARLY XIMENA GIRALDO PEÑA		MZA J casa#3 Barrio la Carolina	7736718	darlygiraldo82@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	CASTILLA LA NUEVA		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69939896	31/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Suiza	Extranjero	Cotiz. exterior	Cotizante	IRP	INT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1193542505	GIRALDO PEÑA DARLY XIMENA	57	0			N																	Z30301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.800	14-23	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Planilla Resumen

637

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 86052580		VARGAS ALVAREZ JULIAN ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 13 18 58	ACACIAS-META	6569085	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	200042945	9502742499	I	2026/04/21	2026/04/06	BANCOLOMBIA	0	$812,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	86052580	VARGAS JULIAN									X									230101	30	$2,800,000	$448,000	EPS002	30	$2,800,000	$350,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,800,000	$14,700	No	$812,700
Total	Afiliados(1)																						$2,800,000	$448,000			$2,800,000	$350,000			$0	$0			$2,800,000	$14,700		$812,700

2026/04/06 03:34 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 86052580		VARGAS ALVAREZ JULIAN ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 13 18 58	ACACIAS-META	6569085	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	200042945	9502742499	I	2026/04/21	2026/04/06	BANCOLOMBIA	0	$812,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$448,000	$0	$0	$448,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$448,000	$0	$0	$448,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$14,700	$0	$0	$14,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$14,700	$0	$0	$14,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$350,000	$0	$0	$350,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$350,000	$0	$0	$350,000
TOTAL				1	$812,700	$0	$0	$812,700

2026/04/06 03:34 PM

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1121878295	NEIDY VANESSA CESPEDES PERDOMO		BLOQUE V TORRE 45 APTO 102	3125682557	neidy.parrado@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	PUERTO GAITÁN		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		60885512	06/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$696,600	

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	300,000	0		0		0	0	0	0	300,000	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)	800228739-0	384,000	0	0	0	0	0	0		384,000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-29	Positiva Seguros	860011153-6	12,600				12,600	0	0	12,600			126	12,600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	300,000	300,000
Pensión	1	384,000	384,000
Riesgos Laborales	1	12,600	12,600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	696,600	696,600

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1121878296	NEIDY VANESSA CESPEDES PERDOMO		BLOQUE V TORRE 45 APTO 102	3125652557	neidy.panado@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente			META	PUERTO GAITÁN		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		60685512	08/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$698.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Extranjero	Residente	Colaborador Informal	Dependiente	IRET	TDE	TDE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1121878296	CESPEDES PERDOMO NEIDY VANESSA	69	0			N																230201	2.400.000	30	384.000	0	0	0	0	EPS002	2.400.000	30	300.000	14-23	2.400.000	30	1	12.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

855

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121891342		CASTRO IBARRA ANDREA ESTEFANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 19 n 7 16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	198700652	9502603646	N	2026/04/13	2026/04/06	BANCO DE BOGOTA	0	$572,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,970,850	$315,300			$1,970,850	$246,400			$0	$0			$1,970,850	$10,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,970,850	$315,300			$1,970,850	$246,400			$0	$0			$1,970,850	$10,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,970,850	$315,300			$1,970,850	$246,400			$0	$0			$1,970,850	$10,300		$0	$0
1	CC	1121891342	CASTRO ANDREA	230201	30	($3,264,000)	($522,300)	EPS002	30	($3,264,000)	($408,000)		0	$0	$0	14-23	30	($3,264,000)	($17,100)	0	$0	$0
2	CC	1121891342	CASTRO ANDREA	230201	30	$5,234,850	$837,600	EPS002	30	$5,234,850	$654,400		0	$0	$0	14-23	30	$5,234,850	$27,400	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,970,850	$315,300			$1,970,850	$246,400			$0	$0			$1,970,850	$10,300		$0	$0

2026/04/06 10:30 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121891342		CASTRO IBARRA ANDREA ESTEFANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 19 n 7 16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	198700652	95026030 46	N	2026/04/13	2026/04/06	BANCO DE BOGOTA	0	$572,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$315,300	$0	$0	$315,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$315,300	$0	$0	$315,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,300	$0	$0	$10,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,300	$0	$0	$10,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$246,400	$0	$0	$246,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$246,400	$0	$0	$246,400
TOTAL				1	$572,000	$0	$0	$572,000

2026/04/06 10:30 AM

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53010461	DIANA MARCELA HERRERA LOPEZ		cra 51 # 46-16 casa 6	6662040	marcelaherrera26@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		61673270	03/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$2,424,000	$752,100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	303,000	0		0		0	0	0	0	303,000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	387,900	0	0	0	0	0	0		387,900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	12,700				12,700	0	0	12,700			127	12,700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Cotrem	892000146-3	48,500	0	0	48,500	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	303,000	303,000
Pensión	1	387,900	387,900
Riesgos Laborales	1	12,700	12,700
CCF	1	48,500	48,500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	752,100	752,100

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	63010461	DIANA MARCELA HERRERA LOPEZ		cra 51 # 46-18 casa 6	6662040	marcelaherrera26@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I = Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		61673270	03/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$2,424,000	$752,100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. exterior	Extranjero	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 63010461	HERRERA LOPEZ DIANA MARCELA	67	0			N																	25-14	2.424.000	30	387.800	0	0	0	0	EPS005	2.424.000	30	303.000	14-23	2.424.000	30	1	12.760	CCF34	2.424.000	30	48.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ALCALDÍA DE PUERTO GAITÁN, META	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO OTROS CONTRATOS DIFERENTES A CPS			Puerto Gaitán Paraíso Natural
	CONTRATACIÒN			
	Código: SCO-FR-101	Versión: 01	Vigencia: 01/08/2025	

EL SUSCRITO SUPERVISOR DESIGNADO

En cumplimiento con las tareas de vigilancia de la ejecución contractual e informar al alcalde del Municipio de Puerto Gaitán, respecto del desarrollo del contrato, verificando el cumplimiento de las obligaciones contractuales durante la ejecución del contrato y en desarrollo de las obligaciones legales contenidas en los artículos 83, 84 y siguientes de la ley 1474 de 2011 y el Manual de Contratación y de Supervisión e Interventoría del Municipio.

Por medio del presente escrito certifico en mi calidad de SUPERVISOR del contrato **N°0055 DEL CATORCE (14) DE ENERO DEL 2026** que, **CONSORCIO INTERTRANSPORTE 2026**, con **NIT. 902.023.390-9** representada legalmente por **JAIRO ALBERTO MORENO GAMEZ** identificado con cedula de ciudadanía. **N° 17.421.887 DE ACACIAS-META** que el contratista cumplió a satisfacción las actividades objeto del contrato **INTERVENTORIA TECNICA, ADMINISTRATIVA, JURIDICA Y FINANCIERA AL CONTRATO No. 1518 DE 2025 "PRESTACIÓN DE SERVICIO DE TRANSPORTE ESCOLAR PARA ESTUDIANTES DE LA ZONA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO GAITAN-META** y todas las demás obligaciones pactadas de acuerdo con el seguimiento al contrato tal como se soporta con los respectivos informes del contratista y supervisión.

Esta certificación forma parte integral del **acta parcial 2 del año 2026**, presentada a la Alcaldía de Puerto Gaitán – Meta, para su correspondiente pago según lo pactado contractualmente.

Se expide a los **22** días del mes de **Abril** del año **2026**, con destino a la carpeta contractual.

DIDIHER EMIL OVALLE ROJAS
SECRETARIO DE EDUCACION
SUPERVISOR