CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE PRESENTACIÓN: 4 de Mayo de 2026
NÚMERO INFORME: 03
PERÍODO:1Abril 2026–30 deAbril de2026

DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO

TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	394-2026 del 29 de enero de 202
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DANIELA FERNANDA LUENGAS PINZÓN
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	N/A
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CESIONARIO CUANDO APLIQUE)	N/A
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	C.C.1016105174 de Bogotá
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	6 meses
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 40.800.000
NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	1722
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	$6.800.000
FECHA ACTA DE INICIO	5 febrero de 2026
PRÓRROGA[1]	N/A
ADICIÓN	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
REINICIO	N/A
CESIÓN (CUANDO APLIQUE)	N/A
DISMINUCIÓN DE PLAZO (CUANDO APLIQUE)	N/A
REDUCCIÓN DE VALOR (CUANDO APLIQUE)	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	40.800.000
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	6 MESES
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)	4 de agosto de 2026
OBJETO DEL CONTRATO	262-MYG Prestar los servicios profesionales para la formulación, seguimiento y supervisión de proyectos para el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo Local de la Alcaldía Local de Fontibón

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

EPS	ARL	PENSION
CAPITAL SALUD	POSITIVA	PORVENIR

NÚMERO DE PLANILLA	PERIODO COTIZADO
77613459	Marzo

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

DESARROLLO DEL INFORME	
OBLIGACION ESPECIFICA #1	
Ejecutar las actividades técnicas asignadas para la formulación, implementación y seguimiento de los proyectos de inversión de la Alcaldía Local de Fontibón, de acuerdo con la temática de su competencia, elaborando fichas técnicas, documentos de soporte y demás insumos requeridos, conforme a los lineamientos institucionales y la normatividad vigente con el propósito de garantizar la transversalidad del enfoque de género, de derechos de las mujeres y diferencial de acuerdo con la Política Publica de Mujeres y Equidad de género.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
1.1 el 19 de abril realice el acta de la sesión extraordinaria del consejo consultivo LGBTI de manera textual como fue lo solicitado.	Las evidencias se encuentran en carpeta drive obligación 1 obligación 1
OBLIGACIÓN ESPECIFICA # 2	
Desarrollar las tareas técnicas necesarias en las etapas precontractual, contractual y poscontractual, incluyendo la elaboración de estudios previos, respuestas a observaciones, análisis de mercado, determinación de riesgos, tramite de pagos y liquidaciones, entre otras, de acuerdo a la normativa vigente y siguiendo los procedimientos establecidos.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
1.1 El 22 de marzo de 2026 realice la revisión de las cuentas de cobro de las cuentas de cobro de los profesionales de mujer y género	Las evidencias se encuentran en carpeta drive obligación 2 Obligación 2
OBLIGACIÓN ESPECIFICA # 3	
Efectuar la planeación, gestión, convocatoria, acompañamiento y seguimiento a la participación e instancias de las mujeres y de enfoque de género, en vía de fortalecer sus procesos de participación, representación e incidencia en la dinámica a nivel local incluyendo las actividades que correspondan al fortalecimiento y ejecución de losprocesos de participación ciudadana, incluyendo presupuestos participativos y acciones comunitarias requeridas por la Alcaldía Local, conforme a los lineamientos definidos.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
1.1 El 7 de Abril de 2026 se llevo acabo la Sesión extraordinaria del mes de marzo 1.2 El 8 de abril del 2026 se llevo acabo la participación en la UTA local LGBTI Ordinaria de abril 1.3 El 28 de Abril de 2026 se llevara acabo la sesión ordinaria del mes de abril	Las evidencias se encuentran en carpeta drive obligación 3 obligación 3

.	
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 4	
Realizar la preparación y entrega de insumos e informes para los procesos de rendición de cuentas, respuestas a veedurías ciudades, alertas tempranas y planes de mejora, entre otras; consolidando información, documentos y evidencias que resulten necesarias según los requerimientos establecidos.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
1.1 El 22 de abril de 2026 elaboré las diapositivas que serán presentadas en la rendición de cuentas incluyendo de manera detallada todos los proyectos de inversión.	Las evidencias se encuentran en carpeta drive obligación 4 obligación 4
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 5	
Asistir a las reuniones, actividades, capacitacionesy/o mesas de trabajo a lasque le convoque el supervisor y/o apoyo a la supervisión o que se encuentren en el marco del contrato, incluyendo las mesas de trabajo convocadas por la SDG y las Corporaciones.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
1.1 El 6 de abril se llevo acabo reunión de equipo mujer y género en la casa de la cultura 1.2 El 15 de abril asistí a capacitación de aplicativo colibrí colibrí Di 1.3 1 de abril se asistió a reunión del equipo de Mujer y Género, de manera virtual con el fin de coordinar actividades y dar seguimiento a los procesos en curso. 1.4 El 13 de abril asistí a reunión virtual con participación donde dieron las directrices para el cargue de las evidencias de las instancias de participación 1.5 El 22 de abril 2026 se realizó una reunión virtual de mesa de trabajo con el equipo LGBTI para organizar las acciones los compromisos a llevar acabo 1.6 El 25 de abril se asiste a rendición de cuentas ciudadana en el colegio maría Josefa canelones (proyectada)	Las evidencias se encuentran en carpeta drive obligación 5 obligación 5
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 6	
Elaborary responder las comunicaciones, requerimientos, solicitudes y derechos de petición que le sean asignados, provenientes de la ciudadanía, entidadespúblicas y privadas, entes de control o rama judicial, dentro de los	

plazos y condiciones definidas, realizando el registro y cierre correspondiente en los sistemas institucionales como ORFEO u otros.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
1.1 El 27 de Abril de 2026 apoye la proyección del Orfeo número 20265910041932 suministrando la información de presupuestos participativos y proyectos de inversión local 1.2 El 23 de Abril de 2026 elaboré las diapositivas que serían presentadas en la rendición de cuentas con las correcciones solicitadas desde despacho.	Las evidencias se encuentran en carpeta drive obligación 6 obligación 6
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 7	
Recibir, clasificar, tramitar, gestionar y garantizar el archivo, custodia y conservación dedocumentos y demás correspondencia que, por competencia, le sea asignada virtual o físicamente, atendiendo al objeto contractual.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
No sedesarrollan actividadespara esta obligación en esteperiodo	No sedesarrollan actividadespara esta obligación en esteperiodo
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 8	
Contribuir con la identificación de alertas tempranasy puntosde control, mediante el análisis de la información generada en el desarrollo de sus actividades, con el fin de contribuir al adecuado seguimiento de las obligaciones contractuales.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
No sedesarrollan actividadespara esta obligación en esteperiodo	No sedesarrollan actividadespara esta obligación en esteperiodo
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 9	
Desempeñar las labores de apoyo a la supervisión de los contratos que le sean designados, realizando el seguimiento, verificación y constatación de las obligaciones contractuales en concordancia con el manual de supervisión e interventoría de la Secretaría Distrital de Gobierno, los lineamientos y orientaciones brindadas por la Alcaldía Local y la normatividad vigente. FORMATO ESTUDIOS PREVIOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES / DE APOYO A LA ALCALDÍA DE FONTIBÓN.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
1.1 El 23 de marzo de 2026 se envió al área de pagos la matriz de cuentas de cobro correspondiente al año 2025.	Las evidencias se encuentran en carpeta drive obligación 9 obligación 9
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 10	
Presentar informe mensual de las actividades realizadas en cumplimiento de las obligaciones pactadas.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Actividad 1 :Presentación de informe mensual Se elaboró y presentó el informe mensual de actividades correspondiente al periodo de Abril consolidando las acciones desarrolladas en cumplimiento de las obligaciones contractuales y adjuntando los respectivos soportes documentales.	Las evidencias se encuentran en carpeta drive obligación 10 obligación 10
OBLIGACIÓN ESPECÍFICA # 11	
Lasdemásque se relacionen con la naturaleza del contrato y requeridas por el supervisor y/o apoyo a la supervisión del contrato.	

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1.1 23 de abril solicite a prensa por el forms una pieza grafica para el día de la visibilidad lésbica	obligación 11 Las evidencias se encuentran en carpeta drive obligación 11

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 efectivamente desarrolladas en el período 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.

Adicionalmente, conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, presento planilla de marzo número (77613459) al Sistema de Seguridad Social de periodo cotizado correspondiente para los fines pertinentes del presente pago.

Por lo anterior, manifiesto que, conforme al Decreto 1273 de 2018 del Gobierno Nacional, el cual establece que "…los trabajadores independientes podrán realizar el pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral mes vencido…", no me acojo a los beneficios tributarios derivados de dicha disposición. (Aplica cuando se acoge a mes vencido)

CONTRATISTA

Firma: Daniela L.

Nombre: DANIELA FERNANDA LUENGAS PINZÓN

Cédula: 1016105174 DE BOGOTÁ

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

Así mismo, certificó el cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) por parte del contratista, en los términos establecidos en el Parágrafo 1 del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019. Cabe señalar que, tratándose de personas naturales, no es obligatorio el pago de los aportes parafiscales relativos al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, por lo que dicha verificación se limita al cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social, incluidos los correspondientes a la ARL (Administradora de Riesgos Laborales), cuando aplique.

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

Así mismo, certificó el cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) por parte del contratista, en los términos establecidos en el Parágrafo 1 del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019. Cabe señalar que, tratándose de personas naturales, no es obligatorio el pago de los aportes parafiscales relativos al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, por lo que dicha verificación se limita al cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social, incluidos los correspondientes a la ARL (Administradora de Riesgos Laborales), cuando aplique.

SUPERVISOR/INTERVENTOR

Nombre: PAOLA ANDREA OSORIO LOZANO
Cargo: alcaldesa Local de Fontibón
Firma: OSORIO LOZANO PAOLA ANDREA
Firmado digitalmente por OSORIO LOZANO PAOLA ANDREA
Fecha: 2026.05.05 10:12:03 -05'00'

APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)

Nombre: MYRIAN SIRLEY OLARTE AVILA

Cargo: APOYO A LA SUPERVISIÓN

Firma: MyrianOlarte

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número de Contrato 394 de 2026

Yo, Daniela Fernanda Luengas Pinzón , identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1016105174 expedida en la ciudad de Bogotá.

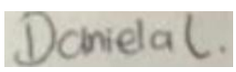
INFORMACIÓN PERSONAL	SI/NO
Soy Pensionado	NO
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)	NO
Soy Declarante de Renta año 2025	SI
Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016. Haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES.	SI

Solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

De acuerdo con lo anterior, CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI/NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas – IVA? (Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)	NO
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	NO
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	NO
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)	NO
¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago? (Anexar certificación en la primera cuenta)	NO
¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y en concordancia con ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.6 y artículo 1.2.4.1.18 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017). Base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT? (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)	NO

Se expide y firma a los (0 4) días del mes de Mayo del 2026

Firma: 

Nombre: DANIELA FERNANDA LUENGAS PINZÓN

C.C: 1016105174

Dirección de correspondencia: CRA 98ª #16F-09

Teléfono de contacto: 3 1 0 35 9 2 8 6 1

Correo electrónico institucional: danielafluengas@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico personal: PINZONDANIELA555@GMAIL.CO

CUENTA DE COBRO DE PERSONA NATURAL

Documento de Cobro de Servicios prestados por personas naturales no comerciantes inscritas en el regimen simplificado (Art 3 decreto 522 de 2003) y Certificación de cumplimiento de requisitos de acuerdo con lo establecido en el parágrafo primero del Artículo 4 del Decreto 2271 de 2009, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en la Ley 828 de 2003 y ley 1819 de 2016.

Ciudad y fecha: Bogotá D.C. 4 de mayo de 2026

Cuenta de Cobro Numero **3**

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE FONTIBÓN
NIT 899.999.061-9
Carrera 99 No. 19 - 43 Teléfono 267 01 14

DEBE A :

Daniela Fernanda Luengas Pinzón, identificado con cédula de ciudadanía **1016105174**

Tipo contrato:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS

No. Contrato: CPS **394** Pago: **3** de **7**

Por concepto de : ***Prestar los servicios profesionales para la formulación, seguimiento y supervisión de proyectos para el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo Local de la Alcaldía Local de Fontibón***

Periodo: **1 de Abril de 2026** **a** **30 de abril de 2026**

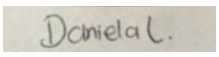
La suma de: **$ 6.800.000** **Seis millones ochocientos mil pesos m/cte.**

Planillas pago seguridad social: **77613459** -
Periodo de pago: **marzo** -
Fecha de pago: **24 abril 2026** -

IBC SEGÚN VALOR COBRADO: **$ 2.720.000**

Favor consignar en: **BANCO DAVIVIENDA** Cuenta: **Ahorros** No **488401081499**

Conozco la responsabilidad que implica jurar en falso de conformidad con el Código Penal y Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y ARL, corresponde a los ingresos provenientes del contrato de prestación de servicios CPS 394 de 2026, Celebrado con EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL FONTIBÓN materia del pago sujeto a retención. De igual manera certifico que todo lo declarado anteriormente es verdadero y se puede comprobar en cualquier momento para lo cual otorgo las autorizaciones correspondientes.



Daniela Fernanda Luengas Pinzón
CC: 10161015174

DIRECCIÓ N: **CRA 98#16F-08** TELÉFONO: **3103592861**

Correo electronico contacto: pinzondaniela555@gmail.com

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016105174	DANIELA FERNANDA LUENGAS PINZON	Carrera 98a#16f-09	3103592861	Dluengaspin@uniminuto.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77613459	24/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$777.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	340.000	0		0		0	4	1.000	0	341.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	435.200	0	0	0	0	4	1.200	0	436.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

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	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	340.000	341.000
Pensión	1	435.200	436.400
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	775.200	777.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016105174	DANIELA FERNANDA LUENGAS PINZON	Carrera 98a#16f-09	3103592861	Dluengaspin@uniminuto.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

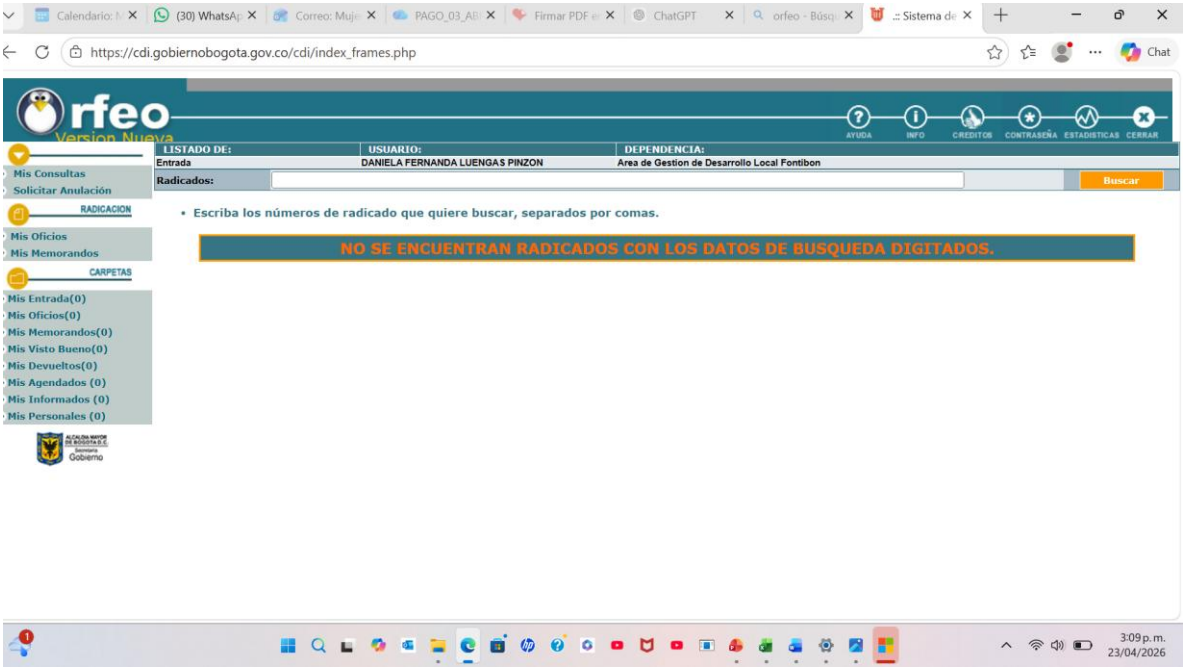
DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77613459	24/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$777.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1016105174	LUENGAS PINZON DANIELA FERNANDA	3	0			N							X										230301	2.720.000	30	435.200	0	0	0	0	EPSC34	2.720.000	30	340.000		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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


https://cdi.gobiernobogota.gov.co/cdi/index_frames.php
rfeo
Version Nueva
AYUDA
INFO
CREDITOS
CONTRASEÑA
ESTADISTICAS
CERRAR
Mis Consultas
Solicitar Anulación
RADICACION
Mis Oficios
Mis Memorandos
CARPETAS
Mis Entrada(0)
Mis Oficios(0)
Mis Memorandos(0)
Mis Visto Bueno(0)
Mis Devueltos(0)
Mis Agendados (0)
Mis Informados (0)
Mis Personales (0)
LISTADO DE:
USUARIO:
DEPENDENCIA:
Entrada
DANIELA FERNANDA LUENGAS PINZON
Area de Gestion de Desarrollo Local Fontibon
Radicados:
Buscar
• Escriba los números de radicado que quiere buscar, separados por comas.
NO SE ENCUENTRAN RADICADOS CON LOS DATOS DE BUSQUEDA DIGITADOS.
3:09 p.m.
23/04/2026