



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E
INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE PRESENTACIÓN: 4 de MAYO de 2026 NÚMERO INFORME: 3 PERÍODO: 1 DE MARZO AL 31 DE MARZO DE 2026		
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO		
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	
No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	CPS-622-2026 del 20 de Enero de 2026	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ANGEL ALBERTO GUZMAN BERMUDEZ	
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	86046865 VILLAVICENCIO	
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CESIONARIO CUANDO APLIQUE)	N/A	
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	N/A	
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	240 DÍAS CALENDARIO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	24.800.000 VEINTICUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE	
NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	2063	
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	3.100.000 TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/CTE	
FECHA ACTA DE INICIO	22 de Enero de 2026	
PRÓRROGA	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	24.800.000 VEINTICUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	240 DÍAS CALENDARIO	
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)	20 de Septiembre de 2026	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS PESADOS DEL PARQUE AUTOMOTOR DEL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY	
APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL		
EPS	ARL	PENSION
E.P.S. SANITAS S.A.	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	COLPENSIONES
NÚMERO DE PLANILLA		PERIODO COTIZADO
57778954		febrero





SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

DESARROLLO DEL INFORME

OBLIGACIÓN 1

Realizar la inspección preoperacional diaria del vehículo (liviano o pesado) asignado, según programación o necesidad que determine el administrador del parque automotor y consignar dicha inspección en el formato establecido por la Secretaría Distrital de Gobierno

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Verificar de manera general las condiciones del vehículo asignado antes de su utilización, con el fin de identificar posibles novedades y reportarlas oportunamente	EVIDENCIA 1

OBLIGACIÓN 2

Cumplir a cabalidad con los lineamientos de: control de alcohol y drogas, horas de conducción y descanso, regulación de la velocidad, uso obligatorio de cinturones de seguridad, uso de dispositivos móviles, accidentes automovilísticos, sanciones, mantenimiento obligatorio de vehículos y capacitación.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
En este periodo no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación	En este periodo no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación

OBLIGACIÓN 3

Realizar la conducción del vehículo (liviano o pesado) asignado, según programación o necesidad que determine el administrador del parque automotor y consignar dicha actividad en el formato establecido por la Secretaría Distrital de Gobierno

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Conducir el vehículo asignado de acuerdo con la programación o requerimientos establecidos, registrando el uso del mismo en el formato correspondiente cuando sea requerido.	EVIDENCIA 2

OBLIGACIÓN 4

Realizar el control de consumo de combustible del vehículo (liviano o pesado) asignado, según programación o necesidad que determine el administrador del parque automotor y consignar dicha actividad en el formato establecido por la Secretaría Distrital de Gobierno. Garantizar el buen uso y manejo del vehículo (liviano o pesado) asignado, según programación o necesidad que determine el administrador del parque automotor, así como de cada uno de los elementos que hacen parte integral del inventario del vehículo.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
-----------	---

Edificio Liévano
Calle 11 No. 8 -17
Código Postal:
111711
Tel. 3387000 -
3820660
Información Línea
195
www.gobiernobogota
.gov.co

Código: GCO-GCI-F110
Versión: 08
Vigencia: 28 de enero de 2026
Caso HOLA: 22935
Página 2 de 5





SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

En este periodo no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación	En este periodo no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación
OBLIGACIÓN 5	
Garantizar el buen uso y manejo del vehículo (liviano o pesado) asignado, según programación o necesidad que determine el administrador del parque automotor, así como de cada uno de los elementos que hacen parte integral del inventario del vehículo.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Hacer uso adecuado del vehículo asignado durante el desarrollo de las actividades programadas, procurando su buen manejo y conservación	EVIDENCIA 3
OBLIGACIÓN 6	
Garantizar el estado estetico y de limpieza (interior-exterior) del vehiculo (liviano o pesado) asignado, previo al inicio de la programacion o necesidad que determine el administrador del parque automotor.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Mantener el vehículo asignado en condiciones adecuadas de limpieza y presentación antes de iniciar las actividades programadas	EVIDENCIA 4
OBLIGACIÓN 7	
Apoyar las emergencias que surjan en la localidad y las cuales necesitan del apoyo de vehiculo (liviano o pesado).	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
En este periodo no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación	En este periodo no se desarrollaron actividades relacionadas con esta obligación
OBLIGACIÓN 8	
Cumplir con los itinerarios y servicios que, en virtud del objeto del contrato, le sean requeridos registrando tipo de trabajo realizado, horas de trabajo efectivas, horas de recorrido y horas en reparacion o mantenimiento.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL

Edificio Liévano
Calle 11 No. 8 -17
Código Postal:
111711
Tel. 3387000 -
3820660
Información Línea
195
www.gobiernobogota
.gov.co

Código: GCO-GCI-F110
Versión: 08
Vigencia: 28 de enero de 2026
Caso HOLA: 22935
Página 3 de 5



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

Cumplir con los recorridos y servicios asignados, registrando la información básica de las actividades realizadas y el tiempo de uso del vehículo.	EVIDENCIA 5
OBLIGACIÓN 9	
Las demás obligaciones que se encuentren relacionadas directamente con el objeto contractual o que determine el supervisor o apoyo a la supervisión del contrato.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
Realizar apoyo en el embellecimiento de parques	EVIDENCIA 6



SECRETARÍA DE
GOBIERNO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

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 (las certificaciones de afiliación) o (planilla) 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)

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, certifiqué 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.

CONTRATISTA

Firma:

Nombre: ANGEL ALBERTO GUZMAN BERMUDEZ
Cédula: 86046865

SUPERVISOR/INTERVENTOR

Nombre: JAVIER PRIETO TRISTANCHO

Cargo: ALCALDE LOCAL DE KENNEDY (ENCARGADO)

Firma:

REVISIÓN DOCUMENTAL

Nombre: JHON GENER SANTOFIMIO RIVERA

Cargo: PROFESIONAL ESPECIALIZADO I Título de Postgrado 25 meses o más de experiencia profesional

Firma:

Edificio Liévano
Calle 11 No. 8 -17
Código Postal:
111711
Tel. 3387000 -
3820660
Información Línea
195
www.gobiernobogota
.gov.co

Código: GCO-GCI-F110
Versión: 08
Vigencia: 28 de enero de 2026
Caso HOLA: 22935
Página 5 de 5



**PRESENTACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES
Y ANEXOS**

Estimado(a) Supervisor(a)

De manera atenta envío el informe mensual de actividades No. 3 correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No. CPS-622-2026, por un valor de \$ 3.100.000, junto con los soportes respectivos para el periodo comprendido entre el 1 de Marzo de 2026 al 31 de Marzo de 2026.

Adicionalmente y conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, adjunto a la presente la planilla de pago al Sistema de Seguridad Social Integral No. 57778954 correspondiente al mes de febrero de 2026, 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.

Cordialmente,



ANGEL ALBERTO GUZMAN BERMUDEZ
86046865 VILLAVICENCIO
Correo electrónico: guzmaberm0@gmail.com

CUENTA DE COBRO 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	Bogota D.C, 4 de MAYO de 2026	CUENTA DE COBRO NUMERO	3
Yo ANGEL ALBERTO GUZMAN BERMUDEZ identificado como aparece al pie de mi firma, me permito manifestar bajo la gravedad del juramento que de conformidad con el art. 330 del Estatuto Tributario mis ingresos se encuentran clasificados de acuerdo con la determinación celular informada a continuación:			
1	SI ☒	NO ☐	Pertenecen a rentas de trabajo
2	SI ☐	NO ☒	he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a esta actividad
EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY NIT 899.999.061-9 Transversal 78k # 41a - 04 sur Teléfono 4481400 -4511321			
DEBE A:			
ANGEL ALBERTO GUZMAN BERMUDEZ		C.C.	86046865
Por Concepto de: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS PESADOS DEL PARQUE AUTOMOTOR DEL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY			
Periodo comprendido entre: 1 de Marzo de 2026 y 31 de Marzo de 2026			
La suma de :		3.100.000 TRES MILLONES CIEN MIL PESOS M/CTE	
Tipo de Contrato		CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	
Planilla Pago de seguridad Social No		CPS-622-2026	
Periodo cotizado		Pag o No 3 DE 9	
Fecha de pago		57778954 y	
Ingreso Base de Cotización		febrero y	
		2026-03-27 y	
		1.750.905 y	
IBC SEGÚN VALOR COBRADO		1.750.905	
Favor Consignar en	Banco : BANCO CAJA SOCIAL	Cuenta	AHORROS No 24099392798
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-622-2026, celebrado con EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE KENNEDY 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.			
FIRMA: 			
DIRECCION: calle 69 d bis sur 270		TELEFONO: 3142116113	
correo electronico contacto:		guzmaberm0@gmail.com	



CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL
CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número de Contrato CPS-622-2026

Yo, ANGEL ALBERTO GUZMAN BERMUDEZ , identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 86046865 expedida en la ciudad de VILLAVICENCIO .

INFORMACIÓN PERSONAL	SI/NO
Soy Pensionado	NO
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)	NO
Soy Declarante de Renta año 2025	NO
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.	NO

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 cumpla 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 (4) días del mes de Mayo del 2026.

Firma:

Nombre: ANGEL ALBERTO GUZMAN BERMUDEZ
C.C: 86046865 de VILLAVICENCIO
Dirección de correspondencia: calle 69 d bis sur 270
Teléfono de contacto: 3142116113
Correo electrónico institucional: guzmaberm0@gmail.com
Correo electrónico personal: guzmaberm0@gmail.com



SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. CPS-622-2026

Yo JAVIER PRIETO TRISTANCHO, en calidad de supervisor(a) del contrato No. CPS-622-2026 suscrito entre la Secretaría Distrital de Gobierno y ANGEL ALBERTO GUZMAN BERMUDEZ, identificado(a) con el número de documento 86046865 VILLAVICENCIO, certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones pactadas en dicho contrato, de acuerdo con el informe No. 3 presentado para el período comprendido entre el 1 de Marzo de 2026 y el 31 de Marzo de 2026.

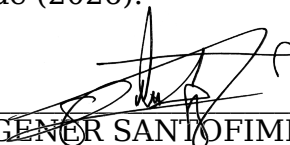
Así mismo, certifico que el cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) por parte del contratista, en los términos establecidos en el Parágrafo 1 del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019. Cabe señalar 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.

De acuerdo con lo anterior y una vez verificados los documentos presentados, los cuales cumplen cabalmente con lo establecido en el procedimiento de pagos de la entidad, autorizo el pago por valor de \$3.100.000

En constancia se firma a los 4 días del mes de Mayo de (2026).



JAVIER PRIETO TRISTANCHO
ALCALDE LOCAL DE KENNEDY
(ENCARGADO)
SUPERVISOR



JHON GENER SANTOFIMIO RIVERA
REVISIÓN DOCUMENTAL

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	86046865	ANGEL ALBERTO GUZMAN BERMUDEZ	Calle71 d sur # 12-18	9392825	guzmaberm0@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		57778954	27/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$502.700	

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	218.900	0		0		0	11	1.600	0	220.500	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	280.200	0	0	0	0	11	2.000	0	282.200	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										

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	11	0	0	0
ICBF				
0	11	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	220.500
Pensión	1	280.200	282.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	499.100	502.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	86046865	ANGEL ALBERTO GUZMAN BERMUDEZ		Calle71 d sur # 12-18	9392825	guzmaberm0@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		57778954	27/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$502.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Exonero	ING	RET	TDE	YAE	TDP	IAS	USP	SIJ	ISE	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 86046865	GUZMAN BERMUDEZ ANGEL ALBERTO	3	0		N																25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA