CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

FECHA DE PRESENTACIÓN: 4 de mayo 2026 **NÚMERO INFORME: 3** **PERÍODO: 1 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DE 2026**	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**
No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	**CPS-822-2026 del 29 de Enero de 2026**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**JUAN DIEGO LASTRA REYES**
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. 1030689819**
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	**180 DÍAS CALENDARIO**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**33.000.000 TREINTA Y TRES MILLONES PESOS M/CTE**
NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	2351
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	**5.500.000 CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE**
FECHA ACTA DE INICIO	**4 de Febrero 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	**33.000.000 TREINTA Y TRES MILLONES PESOS M/CTE**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	**180 DÍAS CALENDARIO**
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)	**3 de Agosto de 2026**
OBJETO DEL CONTRATO	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FORMADOR DEPORTIVO EN EL PROYECTO 2784 FUERZA LOCAL PASIÓN POR EL DEPORTE**

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL		
EPS	**ARL**	**PENSION**
COMPENSAR E.P.S.	**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS**	**PROTECCIÓN S.A.**

NÚMERO DE PLANILLA	**PERIODO COTIZADO**
74134014	**marzo**

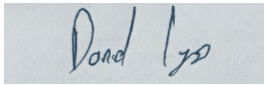
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

DESARROLLO DEL INFORME	
OBLIGACIÓN 1	
REALIZAR LA PUBLICIDAD, DIVULGACION Y PROMOCION DE LOS PROGRAMAS DE ACTIVIDAD FISICA Y ESCUELAS DE FORMACION EN LOS QUE SEA ASIGNADO(A), DENTRO DEL MARCO DEL PROYECTO 2784 FUERZA LOCAL PASION POR EL DEPORTE.SE DEBERA GARANTIZAR LA CONSECUCION DEL NUMERO MINIMO DE USUARIOS ESTABLECIDO POR LA SUPERVISION, INCLUYENDO LA INSCRIPCION DE LOS BENEFICIARIOS DE ACUERDO CON LA OFERTA DISPUESTA PARA LA EJECUCION DEL PROYECTO.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Durante el mes, se realizó la entrega de listados de asistencia de los deportes asignados, también se realizó un acuerdo con padres de familia de Push Bike para llevar a los niños al parque Gilma Giménez: 1.1 Entrega listados de asistencia más de marzo 1.2 Acta- Acuerdo de entrenamiento Push Bike parque Gilma Giménez	OBLIGACION 1
OBLIGACIÓN 2	
2. PROGRAMAR, DIRIGIR, CONTROLAR Y EVALUAR LOS PROCESOS DE FORMACION DEPORTIVA ASIGNADOS Y/O SEMILLEROS DEPORTIVOS, EN CONCORDANCIA CON LOS COMPONENTES PEDAGOGICOS Y METODOLOGICOS DEL PROYECTO. PARA ELLO, DEBERA GARANTIZAR UN MINIMO DE QUINCE (15) INSCRITOS Y ASISTENTES POR ASIGNACION, ASEGURANDO EL CARGUE OPORTUNO DE LA INFORMACION REQUERIDA POR EL APOYO DE LA SUPERVISION, PARA SU REVISION Y POSTERIOR CARGUE AL SECOP II.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Se entrega el respectivo listado de asistencia del mes de los diferentes deportes a cargo: 2.1 Registro Asistencia Futbol de salón - ABRIL 2.2 Registro Asistencia Polimotor - ABRIL 2.3 Registro Asistencia Push Bike - ABRIL	OBLIGACION 2
OBLIGACIÓN 3	
3.DESARROLLAR Y APLICAR EL PLAN PEDAGOGICO CORRESPONDIENTE A LA DISCIPLINA DEPORTIVA ADAPTADA ASIGNADA, ATENDIENDO EL NUMERO DE FORMACION ASIGNADOS POR EL SUPERVISOR, CON LA REALIZACION DE DOS (2) SESIONES SEMANALES.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Se entrega los respectivos planes de acción y mallas curriculares de los deportes asignados: 3.1 Plan de acción Futbol de salón 3.2 Malla curricular Futbol de Salón 3.3Plan de acción Natación 3.4 malla curricular natación 3.5 plan de acción polimotor 3.6 malla curricular polimotor	OBLIGACION 3

3.7 malla curricular push bike 3.8 Plan de Accion Push Bike	
OBLIGACIÓN 4	
ELABORAR, ENTREGAR Y APLICAR LOS PLANES DIARIOS DE CLASE EL MES ANTERIOR A SU EJECUCION. DICHOS PLANES DEBERAN PRESENTARSE DE FORMA ORDENADA, EN MEDIO DIGITAL O FISICO, Y SERAN APROBADOS POR EL PROFESIONAL ENCARGADO. ESTOS PLANES DEBERAN ESTAR DISPONIBLES AL MOMENTO DE LAS VISITAS DE ACOMPANAMIENTO POR PARTE DE LA SUPERVISION, DEL PROFESIONAL DESIGNADO.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Se elaboran las sesiones de clase del mes de con sus respectivas especificaciones de los diferentes deportes: 4.1 Sesión de clase Futbol de Salón Abril 4.2 Sesión de Clase Natación abril 4.3 Sesión de clase Push Bike- abril 4.4 Sesiones de clase Polimotor- Abril	OBLIGACION 4
OBLIGACIÓN 5	
ORGANIZAR Y ASISTIR A LAS REUNIONES, CAPACITACIONES, Y EVENTOS QUE SE DESARROLLEN EN RELACIÓN CON EL OBJETO DEL CONTRATO, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS, DEJANDO REGISTRO DE LA ASISTENCIA Y PARTICIPACION EN ESTAS FISICA Y/O VIRTUAL.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Se asistió a la alcaldía local de Kennedy con el propósito de tocar unos temas varios sobre pedagogía, mallas curriculares y planes de clase 5.1 20260407 acta de reunión deportes administrativo y pedagógico formadores 5.2 20260420 reunión pedagógica deportes formadores	OBLIGACION 5
OBLIGACIÓN 6	
ACOMPANAR LA ORGANIZACION, LOGISTICA Y DESARROLLO DE LOS EVENTOS ASIGNADOS POR EL APOYO A LA SUPERVISION, EN EL MARCO DEL PROYECTO 2784 FUERZA LOCAL PASION POR EL DEPORTE	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Durante el periodo del mes de abril de 2026, no se realizaron actividades relacionadas con la presente obligación, debido a que no fueron requeridas por el supervisor o apoyo a la supervisión	No se reportaron evidencias durante el mes de abril de 2026, ya que no fueron requeridas
OBLIGACIÓN 7	
ELABORAR Y PRESENTAR INFORMES PERIÓDICOS DE GESTIÓN Y AVANCE SOBRE LAS ESCUELAS DE FORMACIÓN, INCLUYENDO LOS RESULTADOS ALCANZADOS, DIFICULTADES ENCONTRADAS Y PROPUESTAS DE MEJORA QUE CONTRIBUYAN AL FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Se entrega el plan mensual y de evaluación de los deportes a cargo:	OBLIGACION 7

7.1 Plan Mensual y evaluacion Abril-PUSH BIKE 7.2 Plan Mensual y evaluacion Abril- Futbol de salon 7.3 Plan Mensual y evaluacion Abril- Polimotor	
OBLIGACIÓN 8	
CONSTRUIR Y MANTENER ACTUALIZADA UNA BASE DE DATOS QUE CONTENGA TODOS LOS DOCUMENTOS Y REGISTROS FOTOGRÁFICOS DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, GARANTIZANDO SU ADECUADA ORGANIZACIÓN Y TRAZABILIDAD.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Se realiza el respectivo registro fotográfico de las actividades realizadas durante el mes con los diferentes deportes a cargo: 8.1 Registro Fotográfico ABRIL PUSH BIKE 8.2 Registro Fotografico ABRIL- Futbol de salon 8.3 Registro Fotografico ABRIL- Polimotor	OBLIGACION 8
OBLIGACIÓN 9	
8 . CONSTRUIR Y MANTENER ACTUALIZADA UNA BASE DE DATOS QUE CONTENGA TODOS LOS DOCUMENTOS Y REGISTROS FOTOGRÁFICOS DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, GARANTIZANDO SU ADECUADA ORGANIZACIÓN Y TRAZABILIDAD.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Durante el periodo del mes de abril de 2026, no se realizaron actividades relacionadas con la presente obligación, debido a que no fueron requeridas por el supervisor o apoyo a la supervisión	No se reportaron evidencias durante el mes de abril de 2026, ya que no fueron requeridas

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)	**CONTRATISTA** **Firma:**  **Nombre: JUAN DIEGO LASTRA REYES** **Cédula: 1030689819**
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: JAVIER PRIETO TRISTANCHO** **Cargo: ALCALDE LOCAL DE KENNEDY (ENCARGADO)** **Firma:**  **APOYO A LA SUPERVISION** **Nombre: DANIEL HERNANDO LUGO JARAMILO** **Cargo: APOYO A LA SUPERVISION** **Firma:** 

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-822-2026, por un valor de $ 5.500.000, junto con los soportes respectivos para el periodo comprendido entre el 1 de Abril de 2026 al 30 de Abril 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. 74134014 correspondiente al mes de marzo 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,



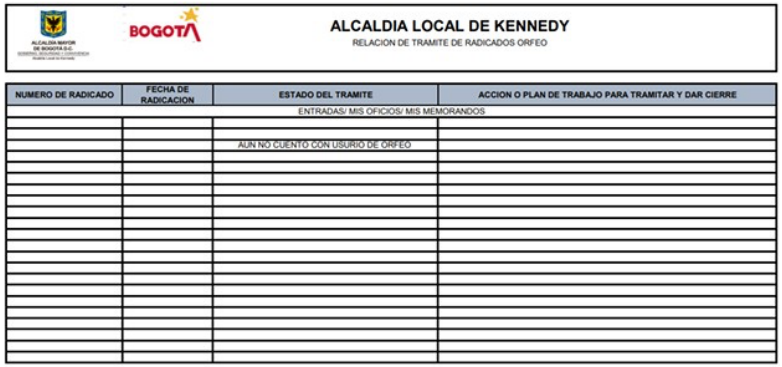
_____

JUAN DIEGO LASTRA REYES
C.C. 1030689819
Correo electrónico: lastrasports@gmail.com

ALCALDIA LOCAL DE KENNEDY

RELACION DE TRAMITE DE RADICADOS ORFEO

NUMERO DE RADICADO	FECHA DE RADICACION	ESTADO DEL TRAMITE	ACCION O PLAN DE TRABAJO PARA TRAMITAR Y DAR CIERRE
ENTRADAS/ MIS OFICIOS/ MIS MEMORANDOS			



ALCALDIA LOCAL DE KENNEDY

RELACION DE TRAMITE DE RADICADOS ORFEO

NUMERO DE RADICADO	FECHA DE RADICACION	ESTADO DEL TRAMITE	ACCION O PLAN DE TRABAJO PARA TRAMITAR Y DAR CIERRE
ENTRADAS/ MIS OFICIOS/ MIS MEMORANDOS			
		AUN NO CUENTO CON USURIO DE ORFEO	

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número de Contrato CPS-822-2026

Yo, JUAN DIEGO LASTRA REYES , identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1030689819 expedida en la ciudad de .

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 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 (4) días del mes de Mayo del 2026.

Firma:

Nombre: JUAN DIEGO LASTRA REYES
C.C: 1030689819 de
Dirección de correspondencia: Calle 40F sur 74D-16 In.8 AP 501 Barrio Timiza Conjunto Residencial Tonoli II
Teléfono de contacto: 3023985782
Correo electrónico institucional: lastrasports@gmail.com
Correo electrónico personal: lastrasports@gmail.com

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. CPS-822-2026

Yo JAVIER PRIETO TRISTANCHO, en calidad de supervisor(a) del contrato No. CPS-822-2026 suscrito entre la Secretaría Distrital de Gobierno y JUAN DIEGO LASTRA REYES, identificado(a) con el número de documento C.C. 1030689819 , 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 Abril de 2026 y el 30 de Abril 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 $5.500.000

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

JAVIER PRIETO TRISTANCHO ALCALDE LOCAL DE KENNEDY (ENCARGADO) SUPERVISOR	DANIEL HERNANDO LUGO JARAMILO APOYO A LA SUPERVISION

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	1030689819	JUAN DIEGO LASTRA REYES	Calle 40 f sur # 74 d - 16	3023985782	juanlastrareyes@gmail.com	
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
		74134014	08/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$680.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	275.000	0		0		0	0	0	0	275.000	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	352.000	0	0	0	0	0	0		352.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	53.600				53.600	0	0	53.600			536	53.600	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	275.000	275.000
Pensión	1	352.000	352.000
Riesgos Laborales	1	53.600	53.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	680.600	680.600

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	1030689819	JUAN DIEGO LASTRA REYES	Calle 40 f sur # 74 d - 16	3023985782	juanlastrareyes@gmail.com	
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
		74134014	08/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$680.600	

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 1030689819	LASTRA REYES JUAN DIEGO	59	0			N																	230201	2.200.000	30	352.000	0	0	0	0	EPS008	2.200.000	30	275.000	14-23	2.200.000	30	3	53.600		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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