CESSABIT

CESSABIT S.A.S.
NIT. 900.606.482-3

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764099869765 que habilita desde FCBT 548 hasta FCBT 800. Vence 2026-10-08

No somos Grandes Contribuyentes
No somos Autorretenedores
No somos agentes de Retencion de IVA
Actividad Económica 7020-1 Tarifa 8,66 x 1000.
Somos Responsable de IVA

FACTURA ELECTRÓNICA DE

FCBT 562

FECHA FACTURA	18-dic-25
FECHA VENCIMIENTO	23-dic-25
ORDEN DE COMPRA	

CLIENTE	ICETEX		
Atn.	ALEXANDER BOCANEGRA		
NIT	899999035 7		
DIRECCION	CR 3 18 32		
CIUDAD	Bogota D.C.	**TELEFONO**	6013821670

No	Codigo	Descripción	Cant.	U.M.	Valor Unitario	Valor Total
1	CONS-1	Investigacion positiva	142	Und.	17.000	2.414.000
2	CONS-1	Investigacion negativa	1908	Und.	6.500	12.402.000

Total líneas o ítems: 2

Valor en Letras

DIECISIETE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL CUARENTA PESOS M/CTE

SUBTOTAL	**14.816.000**
IVA	**2.815.040**
TOTAL OPERACIÓN	**17.631.040**

Favor consignar a la cuenta de ahorros No. 50502621-7 del BANCO ITAÚ a nombre de CESSABIT SAS. Nit. 900.606.482-3

Esta factura se asimila en sus efectos legales a una letra de cambio y es titulo valor según Ley 1231 de 2008.

Fecha y Hora de Generación: 18/12/2025 10:55:36

Documento de Contingencia

Bogotá: Av Cra 7 No. 127 48 Of 912
Correo Electrónico: facturacion@cessabit.co Tel: 3184013852

CUFE: 67c0ce249ecf1da427870e334acf6175a601e37740deba768ddd5b416395af3eed9f46b4caf0a8845a8f0fb432086b83 --Expedición: 18/12/2025 04:01 PM
Fabricante y Proveedor Tecnológico: World Office Colombia SAS NIT 900534356-3 Software: World Office (wo_2)

CESSABIT

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARAFISCALES

Yo, Lina María Escobar Polo, identificada con cédula de ciudadanía No. 1020715580 en mi calidad de Representante Legal de la empresa **CESSABIT SAS** con **NIT. No. 900.606.482**-3, bajo la gravedad del juramento manifiesto que la empresa ha cumplido durante los seis (6) meses anteriores a la fecha, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, los Fondos de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, las Caja de Compensación Familiar, el ICBF y el Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA-.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá D.C. a los ocho (8) días del mes de octubre del año 2025.



Nombre Representante Legal: **Lina María Escobar Polo**
NIT: **900.606.482-3**
Documento de identidad del representante legal: **1020715580**
Dirección: **Carrera 7 127 48** Ciudad: **Bogotá**
Teléfono: **3184013852**
Correo electrónico: i**nfo@cessabit.co**

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	900606482-3	CESSABIT SAS	CR 7 127 48 OF 912	3184013852	tatiana.torres@cessabit.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	03/12/2025	91319554	$5.054.400	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	293.800	0		0		0	9	1.700	0	295.500	1
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	121.800	0		0		0	9	700	0	122.500	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	392.200	0		0		0	9	2.300	0	394.500	2

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	834.000	0	0	0	0	9	4.800	0	838.800	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.221.400	0	0	0	0	9	7.000	0	1.228.400	2
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	1.175.200	0	0	36.800	36.800	9	6.700	600	1.256.100	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	105.600				105.600	9	600	106.200			1.056	106.200	4

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	807.800	9	4.600	812.400	4

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	9	0	0	0
ICBF				
0	9	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	3	807.800	812.500
Pensión	3	3.304.200	3.323.300
Riesgos Laborales	1	105.600	106.200
CCF	1	807.800	812.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	5.025.400	5.054.400

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
NI	900606482-3	CESSABIT SAS		CR 7 127 48 OF 912	3184013852	tatiana.torres@cessabit.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					4	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-10	E	03/12/2025	91319554	$5.054.400	

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	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	1020715580	ESCOBAR POLO LINA MARIA	1	0			S																	230901	7.344.586	1.175.200	0	0	36.800	36.800	EPS001	7.344.586	293.800	14-11	7.344.586	1	38.400	CCF24	7.344.586	293.800	0	0	0	0	0
2	CC	1022326676	TORRES GORDILLO LEYDI TATIANA	1	0			S																	230201	5.212.350	834.000	0	0	0	0	EPS008	5.212.350	208.500	14-11	5.212.350	1	27.300	CCF24	5.212.350	208.500	0	0	0	0	0
3	CC	1024501246	TORRES GORDILLO ALEJANDRA	1	0			S																	230301	3.042.900	486.900	0	0	0	0	EPS002	3.042.900	121.800	14-11	3.042.900	1	15.900	CCF24	3.042.900	121.800	0	0	0	0	0
4	CC	52993556	ESCOBAR POLO MARIA ELVIRA	1	0			S																	230301	4.590.432	734.500	0	0	0	0	EPS008	4.590.432	183.700	14-11	4.590.432	1	24.000	CCF24	4.590.432	183.700	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Entrega informe final ICETEX-CDA-2025-1373



CESSABIT

Información Privilegiada y Confidencial

Bogotá D.C., 18 de diciembre de 2025

Doctor
Alexander Bocanegra Betancourt
Dirección de Cobranzas
ICETEX
Ciudad

Ref: entrega de informe final

Objeto:

Prestar los servicios especializados para la investigación de bienes de los deudores principales y solidarios de las obligaciones objeto de judicialización, así como a los deudores dentro de los procesos de cobro coactivo del ICETEX.

Entrega final de la investigación de 2.812 registros con los resultados positivos y negativos.

Para lo anterior, se realizaron indagaciones en:

- Propiedad de vehículo
- Régimen de salud

A continuación, los resultados:

Fecha de Entrega	No. de Registros para Investigación (Titulares + Deudores Solidarios)	Fecha de Respuesta de CESSABIT	No de Registros reportados con Resultado	No. de Registros con Investigación Positiva	No. de Registros con Investigación Negativa
10/09/25	455	22/09/25	454	29	425
4/12/25	308	11/12/25	308	32	276
15/12/25	2050	18/12/25	2050	142	1908

Como se logra observar en la anterior tabla se identificó:

Se analizaron 2812 registros, Como resultado se obtuvieron 203 positivos y 2609 negativos lo cual representa un 7% y 93% respectivamente.



Cordialmente,

Lina María Escobar Polo

Cessabit SAS

1. PERIODO DEL INFORME

PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME	1/12/2025 **A** 30/12/2025

2. DATOS DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR	María Victoria Camargo Cortes
DEPENDENCIA	Supervisor / Interventor
CARGO	Directora de cobranzas VCC

3. DATOS DEL CONTRATO

OBJETO: Prestar los servicios especializados para la investigación de bienes de los deudores principales y solidarios de las obligaciones objeto de judicialización, así como a los deudores dentro de los procesos de cobro coactivo del ICETEX.	
NÚMERO DE CONTRATO	CDA-2025-1373
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	02/09/2025
FECHA DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN	02/09/2025
CONTRATISTA	CESSABIT SAS
CÉDULA DE CIUDADANÍA O NIT	900.606.482-3
VALOR (incluido IVA)	$24.339.604
PLAZO	Hasta 31 de diciembre 2025
FECHA DE INICIO	10/09/2025
FECHA DE FINALIZACIÓN	31/12/2015
ADICIÓN (SI APLICA)	
PRÓRROGA (SI APLICA)	
SUSPENSIÓN (SI APLICA)	

4. SEGUIMIENTO GESTIÓN CONTRACTUAL

El siguiente cuadro debe ser diligenciado solo para personas naturales:

NÚMERO DE LA OBLIGACIÓN	**OBLIGACIÓN ESPECIFICAS (Relacionar obligaciones pactadas en el Contrato)**	**ASIGNADO PARA EL PERIODO (DE CORTE SEGÚN EL CONTRATO)**		**Descripción de la gestión realizada para cada actividad durante el periodo**	**Evidencias (Documentos o links dónde reposa la información)**
		Si	**No**		

NÚMERO DE LA OBLIGACIÓN	OBLIGACIÓN ESPECIFICAS (Relacionar obligaciones pactadas en el Contrato)	ASIGNADO PARA EL PERIODO (DE CORTE SEGÚN EL CONTRATO)		Descripción de la gestión realizada para cada actividad durante el periodo	Evidencias (Documentos o links dónde reposa la información)
		Si	No		
1	Realizar la identificación de activos de los deudores principales o solidarios del ICETEX, de acuerdo con las solicitudes que para el efecto realice la entidad.	X		El día 15 de diciembre del 2025 se realizó la solicitud de realizar la gestión de investigación de bienes sobre la obligación asignada, entregada el día 18 de diciembre del 2025	La solicitud fue enviada a través de correo electrónico
2	Entregar al ICETEX un informe detallado de los resultados de la identificación de los activos de los deudores principales o solidarios del ICETEX.	X		De acuerdo a la solicitud, la entregada se realizó el día 18 de diciembre del 2025	La solicitud fue enviada a través de correo electrónico
3	Entregar en los tiempos establecidos en la oferta presentada por el contratista, los certificados de las Secretarías de Tránsito y Transporte Municipales, o cualquier otro documento que acredite la existencia los bienes identificados en la investigación de activos, de acuerdo con las solicitudes que para el efecto realice la Entidad.	X		Entrega en los tiempos establecidos en la oferta, sin solicitudes de certificados específicos.	
4	Realizar la investigación de activos de los deudores principales o solidarios del ICETEX en todo el territorio nacional, dentro de los 3 a 8 días hábiles posteriores a la entrega de la información por parte de la entidad.	X		Entrega en los tiempos establecidos en la oferta, dentro de los tiempos hábiles (3 a 8 días) sin solicitudes de certificados específicos.	
5	Asistir a las reuniones de seguimiento del contrato convocadas por el Supervisor y realizar la presentación de la información que sea requerida por la entidad.	X		Se asistió a la primera reunión de inicio de contrato el miércoles 10 de septiembre de 2025 de 10:10 am 10:40am – Reunión final 18 de diciembre de 2025, hora 3:00pm	
6	Las demás inherentes al objeto y la naturaleza del Contrato	X		Entregado en los tiempos establecidos las demás inherentes al objeto y la naturaleza del Contrato	Entregado a través del correo registrado ngranados@icetex.gov.co

Persona jurídica: Adjunta Informe de actividades y soportes: SI ☒ NO ☐

OBSERVACIONES: (SI A ELLO HUBIERE LUGAR)

5. PRODUCTOS ENTREGABLES

NÚMERO DE PRODUCTO	ENTREGABLES (Relacionar los entregables relacionados en el Contrato)	ENTREGADO	NO ENTREGADO

OBSERVACIONES: (SI A ELLO HUBIERE LUGAR)

6. REPORTE DE DATOS GENERALES Y POSIBLES CONFLICTOS DE INTERÉS CONTRATISTAS (DILIGENCIAR SOLO PERSONA NATURAL)

En mi calidad de CONTRATISTA, actuando en nombre propio o en calidad de Representante Legal, mediante el presente documento declaro bajo la gravedad de juramento que la información que consigno a la fecha en la que suscribo este documento y relaciono a continuación es real y autorizo para que el Instituto de Crédito Educativo y Estudios en el Exterior "Mariano Ospina Pérez" – ICETEX, bajo cualquier medio legal corrobore la veracidad de la misma:

DATOS FAMILIARES					
Estado Civil:		**Nombre y apellidos del cónyuge o compañero permanente**			
No. documento de identificación:		**Dirección:**		**Ciudad:**	
Teléfono fijo:		**Celular:**		**Email:**	
Está vinculado bajo cualquier modalidad a una Entidad del Estado	SI ☐ NO ☐	**Tipo de Vinculación:**			
Nombre de la Entidad del Estado					
Tiene familiares hasta 2° grado de afinidad y 2° grado de consanguinidad vinculados bajo cualquier modalidad a una Entidad del Estado:			SI ☐ NO ☐		
Nombre y apellidos		**Tipo de vinculación**		**Entidad**	
CONTRATOS VIGENTES CON EL ESTADO					

Entidad	Tipo de contrato	No. del contrato	Objeto	Plazo meses	Valor Total del contrato
INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES					
Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad constitucional o legal		SI ☐ NO ☐		Causal:	

7. ¿PROCEDE PAGO EN ESTE PERIODO? (Diligenciar el siguiente apartado únicamente para Persona Jurídica)

SI _x___	**NO ____**
EN CASO DE PROCEDER PAGO SE ANEXA AL PRESENTE INFORME CERTIFICACIÓN PARA PAGO	

8. RELACIÓN DE PAGOS A LA SEGURIDAD SOCIAL O CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES
(Diligenciar el siguiente apartado únicamente para Persona Natural)

Para los fines del presente, el contratista entregó el soporte de pago a la Seguridad Social emitido por el operador Compensar, donde indica que ha cumplido con la obligación de pago de los aportes al sistema de seguridad social (pensión, salud y ARL), según lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 1° de la Ley 828 de 2003, cuyos pagos se ajustan a los porcentajes establecidos, así:

Mes y año	Número de planilla	Salud	Pensión	ARL
noviembre 2025	91319554	$ 807.800	$ 3.304.200	$105.600

Persona jurídica: Entrega certificación de Seguridad Social y Aportes Parafiscales. SI ☒ NO ☐

9. ¿EL CONTRATISTA PUBLICÓ LOS DOCUMENTOS DE EJECUCIÓN EN EL SECOP?

SI ____X_____	**NO _____**	**NO APLICA _____**

SE DEJA CONSTANCIA QUE A LA FIRMA DEL PRESENTE INFORME DE SUPERVISIÓN, EL CONTRATISTA HA CARGADO DENTRO DEL SECOP II LOS INFORMES Y DOCUMENTOS DE EJECUCIÓN CORRESPONDIENTES A LA FECHA Y QUE LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO HA APROBADO LOS MISMOS DENTRO DE LA PLATAFORMA.

10. CUMPLIMIENTO SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SST

10.1. ¿EL CONTRATISTA ENTREGÓ SOPORTES DE ASISTENCIA A LA INDUCCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO AL INICIO DEL CONTRATO?

SI _____X	**NO _____**	**NO APLICA _____**

NOTA: EL SOPORTE DE ASISTENCIA A LA INDUCCIÓN APLICA SÓLO PARA EL PRIMER PAGO DEL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL.

10.2 ¿EL CONTRATISTA ENTREGÓ SOPORTES DE ASISTENCIA Y EVALUACIÓN DE MÍNIMO UNA CAPACITACIÓN AL MES DICTADA POR EL ÁREA DE SST?

SI _____	**NO ___X_____**	**NO APLICA _____**

NOTA: SOLO APLICA PARA CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL.

SE DEJA CONSTANCIA QUE A LA FIRMA DEL PRESENTE INFORME DE SUPERVISIÓN, EL CONTRATISTA ENTREGÓ AL SUPERVISOR LOS SOPORTES CORRESPONDIENTES, ENUNCIADOS EN EL NUMERAL 10 QUE APLIQUEN, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL FORMATO "CARTA DE COMPROMISO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO" (F546), FIRMADA AL INICIO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS. ASÍ CÓMO LOS SOPORTES MENSUALES DE ASISTENCIA Y EVALUACIÓN DE LAS CAPACITACIONES DICTADAS POR EL ÁREA DE SST, DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL.

OBSERVACIONES: (SI A ELLO HUBIERE LUGAR)

11. EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

	VIGENCIA *(2025)*
VALOR DEL CONTRATO	24.339.304
VALOR ADICIÓN (Si aplica)	

VALOR A PAGAR (Si aplica)	$17.631.040
VALOR EJECUTADO	$24.287.305
VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR	$52.299

12. ANÁLISIS MATERIALIZACIÓN Y MITIGACIÓN DEL RIESGO:

¿DURANTE LA EJECUCIÓN SE MATERIALIZÓ ALGÚN RIESGO?

SI ☐ NO ☒

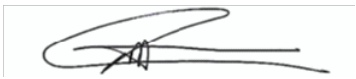
Si la respuesta es afirmativa, diligencie el número del evento del riesgo radicado en vigía:

13. RECIBO A SATISFACCIÓN:

Directora de cobranzas VCC - María Victoria Camargo Cortes en calidad de supervisor, recibió a satisfacción el cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato en mención, así como la entrega de los documentos aquí relacionados, por parte del(a) contratista CESSABIT SAS identificado(a) con NIT 900606482-3

En virtud de lo anterior se aprueba realizar trámite de pago para la factura No. FCBT 562 por valor de DIESIETE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL CUARENTA PESOS M/CTE ($**17.631.040).**

En constancia se firma en Bogotá D.C. a los 18 días del mes de diciembre de 2025.

Presentó:	**Aprobó:**
 **FIRMA DEL CONTRATISTA** **LINA MARÍA ESCOBAR POLO** **No. CC 1020715580**	 Maria Victoria Camargo Cortes **Nombres y Apellidos** **No. CC** 52496497