

**CERTIFICADO DE APORTES AL
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **ISOINTEC INGENIERIA INTEGRAL SAS**, identificada con **NI** número **900905553**, aportó por **SONIA ROCIO MAYORGA MOJICA** identificado(a) con **CC** número **1014215254** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 12 - 2025 y 01 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I	N	E	T	T	T	V	V	S	L	V	V	I	C	CONTRIBUCION	IAS	IBC	TARIFA APOORTE	COTIZACION VIO APOORTE	EPS SOLIDARIIDAD	EPS SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1															0	30	\$1,423,500	0.06960	\$98,100	\$0	\$0	Diciembre - 2025	27433896	15/01/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensación Pilar	1															0	30	\$1,423,500	0.04000	\$57,000	\$0	\$0	Diciembre - 2025	27433896	15/01/2026	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1															0	30	\$1,423,500	0.04000	\$57,000	\$0	\$0	Enero - 2026	27433896	15/01/2026	Si
230301	Porvenir	1															0	30	\$1,423,500	0.16000	\$227,800	\$0	\$0	Diciembre - 2025	27433896	15/01/2026	Si

El presente certificado se expide a los **16** días del mes **Marzo** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	74366032	JORGE ELIECER BAEZ GALINDO	KR 58 129C 03	2292862	JORGEBAEZG@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		57421454	27/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	\$0	\$505.000	

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					
EPS006	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	18	2.600	0	221.500	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	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280,200	0	0	0	0	18	3,300	0	283,500	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. Autorización	Valor									No. Afiliados

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	18	0	0	0
ICBF				
0	18	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	221,500
Pensión	1	280,200	283,500
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	505,000

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLICUACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO
CC	74366032	JORGE ELIECER BAEZ GALINDO	KR 58 129C 03	2292862	JORGEBAEZG@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		57421454	27/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	\$0	\$505.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE						INFORMACION NOVEDADES										PENSION						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Comuna	Municipio	Entidad Código de Entidad	ENT	ENT	ENT	ENT	ENT	ENT	ENT	ENT	ENT	ENT	ENT	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 74366032	BAEZ GALINDO JORGE ELIECER	3	0		ENT	ENT	ENT	ENT	ENT	ENT	ENT	ENT	ENT	ENT	ENT	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.305	30	218.900	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

La empresa **INGENIERIA Y DESARROLLO URBANISTICO SAS**, identificada con **NI** número **900128706**, aportó por **JOHN DANIEL ARCOS BARRERO** identificado(a) con **CC** número **80820863** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 12 - 2025 y 01 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I	R	T	T	T	T	V	V	S	S	L	L	V	V	V	CORRECCION	DÍAS	IBC	TARIFA APOORTE	COTIZACION V/O APOORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS001	ALIANSA SALUD EPS S.A.	1							X								0	30	\$6,927,000	0.04000	\$277,100	\$0	\$0	Enero - 2026	92659492	29/12/2025	Si	
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Flar	1							X								0	30	\$6,927,000	0.04000	\$277,100	\$0	\$0	Diciembre - 2025	92659492	29/12/2025	Si	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1							X								0	30	\$6,927,000	0.16000	\$1,108,400	\$34,700	\$34,700	Diciembre - 2025	92659492	29/12/2025	Si	
14-4	Seguros de Vida Colpatina S.A.	1							X								0	30	\$6,927,000	0.06960	\$482,200	\$0	\$0	Diciembre - 2025	92659492	29/12/2025	Si	

El presente certificado se expide a los **16** días del mes **Marzo** de **2026**.

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.



CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **INGENIERIA Y DESARROLLO URBANISTICO SAS**, identificada con **NI** número **900128706**, aportó por **ANGELA PATRICIA MONZON PEREZ** identificado(a) con **CC** número **1023904275** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 12 - 2025 y 01 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RETE	DET	OT	PA	VA	VEN	CC	LI	VA	VA	VA	VA	CORRECCION	DAS	ISC	TARIFA APOORTE	COTIZACION Y/O APOORTE	EPS SOLIDARIO	EPS SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensación Filer	1														0	30	\$3,200,000	0.04000	\$128,000	\$0	\$0	Diciembre - 2025	92659492	29/12/2025	Si
230301	Porvenir	1														0	30	\$3,200,000	0.16000	\$512,000	\$0	\$0	Diciembre - 2025	92659492	29/12/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1														0	30	\$3,200,000	0.04000	\$128,000	\$0	\$0	Enero - 2026	92659492	29/12/2025	Si
14-4	Seguros de Vida Colpatrina S.A.	1														0	30	\$3,200,000	0.06960	\$222,800	\$0	\$0	Diciembre - 2025	92659492	29/12/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los 16 días del mes Marzo de 2026

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52088112	NÚMERO PLANILLA:	6003896080	TIPO DE PLANILLA:	INDEPENDIENTES
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	YOLANDA PATRICIA VARON HERNANDEZ		PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
Ciudad/Municipio:	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL	8003003		DÍAS DE MORA:	8	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	57225618
DIRECCIÓN:	CRA 17 N123-49 APTO 804	INDEPENDIENTE		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/02/12		
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	UNICO				
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	UNICO				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD SENA E ICBF (RET ORVA TRIBUTARIA)						

TOTAL APORTES A PENSION											
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP	MORA		APORTES	MORA
					EMPLEADOR	COTIZANTE		COTIZACIÓN	FSP		
25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 480.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.500	\$ 0	\$ 480.000	\$ 2.500
SUBTOTALES:										\$ 480.000	\$ 2.500
											\$ 482.500

TOTAL APORTES A SALUD											
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	
				NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES
EPS008	EPS008-COMPENSAR		1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 375.000	\$ 0
SUBTOTALES:										\$ 375.000	\$ 0
											\$ 377.000

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR											
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	APORTES		MORA		TOTAL		VALOR PAGADO	
CCF24	CCF24-COMPENSAR		1	\$ 18.000	\$ 100					\$ 18.100	\$ 18.100
SUBTOTALES:										\$ 18.100	\$ 18.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	DOCUMENTO EXTRANJERO	RETRIBUCION TRIBUTARIA	ING	RET	PRE	IMP	IMP	IMP	IMP	IMP	IMP	IMP	IMP	IMP	IMP	IMP	IMP																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
								PENSION																SALUD				ARF				PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
								ADMIN		ISC		COTIZACION		SUSISTENCIA		SOLIDARIDAD		EMPLEADOR		EMPLEADO		INDICADOR TARIFA ESPECIA		TOTAL APORTE		ADMIN		ISC		COTIZACION		VALOR ADRES		TOTAL APORTE		ADMIN		ISC		CENTRO DE TRABAJO		TOTAL APORTE		ISC		OCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEMD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
								DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS		DAS	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	74185884	MARCO ANTONIO AMAYA ARCINIEGAS	Carrera 36 # 21A - 14	3138724950	mantonio2a@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2026-01	2026-01	I	05/02/2026	44262916	\$1,034,100

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					
EPS008	Compensar EPS	880066942-7	437.500	0		0		0	0	0	0	437.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	560.000	0	0	0	0	0	0		560.000	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	880011153-6	36,600				36,600	0	0	36,600			366	36,600	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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	437,500	437,500
Pensión	1	560,000	560,000
Riesgos Laborales	1	36,600	36,600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1,034,100	1,034,100

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	05/02/2026	44262916	\$1,034,100	

[illegible]

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLICITACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79462829	LUIS ALBERTO SANCHEZ FERNANDEZ	CRA 38 C BIS 4 60 APTO 502	3102316711	luaisa51@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2026-01	2026-01	I	05/02/2026	44261980	\$664,200

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					
EPS037	Nueva EPS	900158264-2	291.300	0		0		0	0	0	0	291.300	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	372.900	0	0	0	0	0	0		372.900	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										

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	291.300	291.300
Pensión	1	372.900	372.900
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	664.200	664.200

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	79462829	LUIS ALBERTO SANCHEZ FERNANDEZ		CRA 38 C BIS 4 60 APTO 502	3102316711	luaisa51@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		
							NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	05/02/2026	44261980	\$664,200	

DETALLE POR COTIZANTE[illegible]

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023887282	LIDA YURIED PERDOMO TORRES		CL 59B SUR 22 70 CASA 2	7560904	recursos.afiliaciones20@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2026-01	2026-01	I	05/02/2026	44265500	\$499,100

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	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	800224806-8	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. Autorización	Valor									

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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	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	499,100

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLICUACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023887282	LIDA YURIED PERDOMO TORRES		CL 59B SUR 22 70 CASA 2	7560904	recursos.afiliaciones20@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2026-01	2026-01	I	05/02/2026	44265500	\$499,100

DETALLE POR COTIZANTE																																							
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES									
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salario	Excedente	Excedente	Excedente	Excedente	IBG	IBG	IBG	IBG	IBG	IBG	IBG	IBG	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SEMA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1023887282	PERDOMO TORRES LIDA YURIED	3	0	N												230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	218.500		0	0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

La empresa **ISOINTEC INGENIERIA INTEGRAL SAS**, identificada con **NI** número **900905553**, aportó por **SONIA ROCIO MAYORGA MOJICA** identificado(a) con **CC** número **1014215254** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 03 - 2026 y 04 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	IN G	TE	ED E	DA P	DA P	SS P	SL T	IG N	LA C	LA C	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P	VA P
--------	-----------------------	-----------	---------	----	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

El presente certificado se expide a los **14** días del mes **Abril** de **2026**.

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

**CERTIFICADO DE APORTES AL
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **INGENIERIA Y DESARROLLO URBANISTICO SAS**, identificada con **NI** número **900128706**, aportó por **LIDA YURIED PERDOMO TORRES** identificado(a) con **CC** número **1023887282** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 03 - 2026 y 04 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I	R	T	T	T	V	V	S	S	L	L	V	V	V	CORRECCION	DIAS	IGC	TARIFA APOORTE	COTIZACIÓN Y/O APOORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensación Filir	1	X														0	30	\$4,000,000	0.04000	\$160,000	\$0	\$0	Marzo - 2026	71006056	31/03/2026	Si
EPS010	EPS Sura	1	X														0	30	\$4,000,000	0.04000	\$160,000	\$0	\$0	Abril - 2026	71006056	31/03/2026	Si
230301	Porvenir	1	X														0	30	\$4,000,000	0.16000	\$640,000	\$0	\$0	Marzo - 2026	71006056	31/03/2026	Si
14-4	Seguros de Vida Colpatria S.A.	1	X														0	30	\$4,000,000	0.06960	\$278,400	\$0	\$0	Marzo - 2026	71006056	31/03/2026	Si

El presente certificado se expide a los **13** días del mes **Mayo** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		72182122	01/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$499.100	

TOTALES SALUD				UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	218.900	1	

TOTALES PENSIÓN				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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria									
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	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										

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

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
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	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	499.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO
CC	74366032	JORGE ELIECER BAEZ GALINDO		KR 58 129C 03	2292862	JORGEBAEZG@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTA D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		72182122	01/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$499.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Parafiscales	Clase de Cotización	Clase de Riesgo	Clase de Pago	Clase de Pago	Clase de Pago	Clase de Pago	Clase de Pago	Clase de Pago	Clase de Pago	Clase de Pago	Cód. APP	IBC APP	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 74366032	BAEZ GALINDO JORGE ELIECER	3	0		RI										230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.960		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



La empresa **INGENIERIA Y DESARROLLO URBANISTICO SAS**, identificada con **NI** número **900128706**, aportó por **JOHN DANIEL ARCOS BARRERO** identificado(a) con **CC** número **80820863** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 03 - 2026 y 04 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I	N	G	E	D	A	D	T	A	S	V	F	D	I	L	V	A	V	I	CORRECCION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS001	ALIANSA SALUD EPS S.A.	1										X										0	30	\$4,500,000	0.04000	\$180,000	\$0	\$0	Abril - 2026	71006056	31/03/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensación Filar	1										X										0	30	\$4,500,000	0.04000	\$180,000	\$0	\$0	Marzo - 2026	71006056	31/03/2026	Si
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	1										X										0	30	\$4,500,000	0.16000	\$720,000	\$0	\$0	Marzo - 2026	71006056	31/03/2026	Si
14-4	Seguros de Vida Colpatría S.A.	1										X										0	30	\$4,500,000	0.06960	\$313,200	\$0	\$0	Marzo - 2026	71006056	31/03/2026	Si

El presente certificado se expide a los **13** días del mes **Mayo** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52088112	NÚMERO PLANILLA:	7961536930	TIPO DE PLANILLA:	INDEPENDIENTES
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES marzo AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2525
CIUDADANÍA/NÚMERO:	CRA 17 N123-09 APTO 804	TELÉFONO:	8003033	DÍAS DE MORA:	12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1412732216
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa-mm-dd):	2025/04/15		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Otros trabajos de adición				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN											
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP	SUBSISTENCIA	MORA		FSP	TOTAL
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE			COTIZACIÓN	VALOR		
230201	230201-PROTECCIÓN	1	\$ 368.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.800	\$ 0	\$ 0	\$ 2.800
SUBTOTAL:											\$ 2.800

TOTAL APORTES A SALUD											
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTAL
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	
EP5008	EP5008-COMPENSAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 287.500	\$ 0	\$ 287.500
SUBTOTAL:											\$ 287.500

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR						
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		VALOR PAGADO	
CODIGO	NOMBRE		APORTES	MORA		
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 13.800	\$ 200	\$ 14.000	
SUBTOTAL PS-			\$ 13.800	\$ 200	\$ 14.000	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																											
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUSTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLONIA	REFORMA TRIBUTARIA	NO	IN	RET	IG	ILE	ILP	ILP	VP	VET	SEN	CON	UE	LVA	VAC	AVP	VOT	RP	ADMIN	IB
1	52088112	VARON HERNANDEZ YOLANDA PATRICIA	INDEPEND		\$ 2.300.000																					230201-PROTECCIÓN	\$ 2.300.000

TOTAL PAGADO: \$ 674.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79462829	LUIS ALBERTO SANCHEZ FERNANDEZ	CRA 38 C BIS 4 60 APTO 502	3102316711	lualsa51@hotmail.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)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		71513693	01/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$664.200	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	291.300	0		0		0	0	0	0	291.300	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	372.900	0	0	0	0	0	0		372.900	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										

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	291.300	291.300
Pensión	1	372.900	372.900
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	664.200	664.200

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79462829	LUIS ALBERTO SANCHEZ FERNANDEZ	CRA 38 C BIS 4 60 APTO 502	3102316711	lualsa51@hotmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTA D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		71513693	01/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$664.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Contrata	Seguro	Extranjero	Clase de Riesgo	Exonerado	MT	TUC	TAC	TAP	VSP	VST	SLN	RT	UMA	VAC	ATP	ACT	ITL	CORRECCION	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 79462829	SANCHEZ FERNANDEZ LUIS ALBERTO	3	0		N																25-14	2.330.400	30	372.500	0	0	0	0	EPS037	2.330.400	30	291.360		0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

CEDULA AIXA CARVAJAL REVISOR

Abrir con Documentos de G...

Compartir

