

	RECONOCIMIENTO Y PAGO PARA CONTRATOS O CONVENIOS (PAGO PARCIAL O FINAL)	CÓDIGO:	F-BS-15
		VERSIÓN:	6

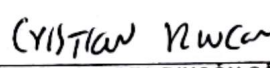
Fecha de Elaboración del Reconocimiento:	30 de junio 2026	Periodo de Pago:	Del	22/04/2026	Al	21/05/2026
Contrato No. y Fecha:	0359 del 20 de enero 2026					
Contratista:	Lorena López Tovar		c.c. o Nit. No.	1.069.724.940		
Representante Legal:	N/A		c.c. No.	N/A		
Tipo de Pago:	Parcial	X	Final			
				Número de Pago:	04	

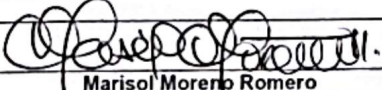
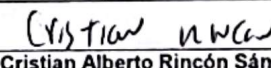
Señores Gerencia de Contaduría, sírvase elaborar la orden de pago de la cuenta que se anexa, por cuanto cumple con todos los requisitos para que sea cancelada, la cual tiene los siguientes soportes documentales:

N.	Documento (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Hacienda	Jurídica	Secop	Sí o Observa
1	COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL (Primer pago del contrato inicial o de la adición o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
2	COPIA DEL CERTIFICADO DE BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS (Todos los pagos con proyectos de inversión y en la adición)	X	N/A	X	N/A
3	ORIGINAL CERTIFICADO SUPERVISOR AUTORIZANDO EL PAGO (F-BS-16)	X	X	X	X
4	COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN (Para Contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A
5	FACTURA DE VENTA O CUENTA DE COBRO DE BIENES O SERVICIOS (Original Hacienda – Copia Jurídica)	X	X	X	X
6	COPIA ACTA DE INICIO (F-BS-12) (Primer Pago)	N/A	N/A	N/A	N/A
7	COPIA CONTRATO O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES (Primer pago o cesión del contrato)	N/A	N/A	N/A	N/A
8	COPIA MODIFICACIONES DEL CONTRATO (Pago posterior a la modificación) (Para Adición último pago del contrato inicial y primer pago de la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
9	COPIA RUT. o NIT. COMPLETO (Primer pago o Cesión del contrato) En Uniones Temporales o Consorcio presentar RUT completo de los participantes	N/A	N/A	N/A	N/A
10	COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 23)	N/A	N/A	N/A	N/A
11	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	N/A	N/A	N/A	N/A
12	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL ● Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural). ● Esquema de presunción de costos, de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social y la UGPP. (Trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios) ● Certificado expedido por el representante legal o revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo), donde acredite que se encuentra a paz y salvo con aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos 6 meses, anexando tarjeta profesional, c.c. y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica)	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prorrogación) (Persona Natural)	N/A	N/A	N/A	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
15	INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23)	N/A	X	X	X
16	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17)	N/A	N/A	N/A	N/A
17	ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 14 y 15)	N/A	N/A	N/A	N/A
18	ACTA PARCIAL DE OBRA Y/O RECIBO FINAL (Todos los pagos con proyectos de inversión y la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
19	SALIDA DE ALMACÉN – INSTALACIÓN DE BIENES (Firmada) (Para contratos de suministro) (Copia Hacienda – Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A

Valor a Pagar (Letras y Números):	Cuatro millones quinientos mil pesos m/cte. (\$4.500.000)
--	---

Cordialmente,

Firma:		Firma:	
Nombre:	INGRIHT XISLEY ACOSTA CARVAJAL	Nombre:	CRISTIAN ALBERTO RINCÓN SÁNCHEZ
Cargo:	Secretaría de Derechos Humanos y Paz	Cargo:	Profesional Universitario 03
Ordenador del Gasto		Supervisor	

Firma:			
Nombre:	Marisol Moreno Romero	Laura Valentina Pachón Celeita	Cristian Alberto Rincón Sánchez
Cargo:	Gerente de promoción de DDHH	Cps 0388 / 2026	Profesional Universitaria 03
Acción:	Revisión del Directivo del Área	Revisión Jurídica	Revisión Financiera

Área Ordenadora del Gasto

Secop 5963

10-04-2026

Carrera 33 No. 38-45 - Edificio Gobernación - Meta - Colombia
PBX: (+57 608) 681 8500 - Línea gratuita nacional: 01 8000 129 202
www.meta.gov.co



Carina Tovar

	CERTIFICADO DEL BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN DEPARTAMENTAL - BPPID - EJECUCIÓN DE RECURSOS	CÓDIGO:	F-PE-19
		VERSIÓN:	01

**EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL - DAPD
GERENCIA DE INVERSIÓN PÚBLICA Y BANCO DE PROYECTOS
DEL DEPARTAMENTO DEL META**

En cumplimiento del Numeral 3.4.1.3 del Artículo 3° del Decreto 0460 de 2012 y el Artículo 20 del Decreto 032 de 2015,

Certifica que el Proyecto:

**FORTALECIMIENTO EN LA CONSTRUCCIÓN DE PAZ, PARA MEJORAR LAS
CONDICIONES DE CONVIVENCIA Y RECONCILIACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DEL
META**

Se encuentra registrado en el Banco de Programas y Proyectos de Inversión
Departamental BPPID bajo el número:

2024005500076

Observaciones: PROYECTO POAI-2026. Ajustado mediante decreto de liquidación No. 500 de 2025.

En la fecha 05 de enero de 2026, la Unidad Ejecutora **SECRETARÍA DERECHOS HUMANOS Y PAZ** ha solicitado certificación de Banco de Programas y Proyectos para ejecución de recursos, conforme a la siguiente información:

Estructura del Plan de Desarrollo "**El Gobierno de la Unidad 2024-2027**".

PILAR 1. SEGURIDAD TOTAL Y DERECHOS HUMANOS EN EL META. 1.1 EJE ESTRATÉGICO CIUDADANÍA SEGURA. 1.1.2 LÍNEA ESTRATÉGICA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, PROTECCIÓN, RESPETO Y GARANTÍA DE LOS DDHH, EL DIH, Y LA CONSTRUCCIÓN DE PAZ.	1.1.2.3 PROGRAMA CONSTRUCCIÓN DE PAZ, RECONCILIACIÓN Y CONVIVENCIA..	1.1.2.3.2. Subprograma Capacidades para la paz, la reconciliación, la convivencia, la no estigmatización, la reincorporación y reintegración, la verdad, la justicia, la reparación, y la no repetición en el Meta. .	Sector 45 - Gobierno Territorial.	Meta 11023024503. Fortalecer el Consejo Departamental de Reincorporación- CDR. .
---	---	---	--------------------------------------	--

1. Actividad o componente a ejecutar: Brindar la logística y el apoyo técnico al Consejo departamental de Reincorporación del departamento del Meta.

Objeto del gasto: BRINDAR ASISTENCIA TÉCNICA AL CONSEJO DEPARTAMENTAL DE REINCORPORACIÓN DEL META.

Valor: \$27,000,000.00. **Fuente de Financiación:** 20 Ingresos Corrientes de Libre Destinacion

Certificación expedida en la ciudad de Villavicencio en la fecha: **05 de enero de 2026**

JEIMMY LISSE MOLANO MORENO
Gerente de Inversión Pública y Banco de Proyectos

Elabora: **LUIS ALFONSO GOMEZ BONILLA**



Carrera 33 No 38 -45 / Edificio Gobernación / Meta / Colombia
PBX: (+57) 8 681 8500 / Línea Gratuita nacional: 01 8000 129 202
www.meta.gov.co

 DEPARTAMENTO DEL META NIT 802 000 148 8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Contrato No. y Fecha:	0359 del 20 de enero 2026		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	Lorena López Tovar	Nit./c.c.	1.069.724.940
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	N/A	c.c.	N/A
Supervisor: (insertar filas cuando en el periodo de pago se presenten varios supervisores)	Cristian Alberto Rincón Sánchez	c.c.	1.121.865.686
Objeto: (Transcribir del contrato)			
BRINDAR ASISTENCIA TÉCNICA AL CONSEJO DEPARTAMENTAL DE REINCORPORACIÓN DEL META			
Valor inicial del contrato: (Según Minuta) (Letras y Números)	Veintisiete millones de pesos m/cte. (\$27.000.000)		
Término Inicial de Ejecución:	Seis (06) meses		

Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	22/01/2026	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	21/07/2026
--	------------	---	------------

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios, Reducciones y Otras)			
Tipo de Modificación	Valor de la Modificación (Cuando Aplique)	Fecha de expedición del documento	Tiempo de Modificación (Cuando Aplique)
N/A	N/A	N/A	N/A
*Si no existen modificaciones diligencie casillas con N/A			
**Inserte filas si requiere			

Término Total de Ejecución: (Solo cuando existan modificaciones)	N/A	Fecha Finalización: (Solo cuando existan modificaciones)	N/A
Valor total del contrato +/- las modificaciones: (Solo cuando existan modificaciones) (Letras y Números)	N/A		
*Si no existen modificaciones diligencie casillas con N/A			

Forma de Pago: (Transcribir del contrato o del documento que haga sus veces)
El Departamento pagará al contratista el valor de ejecución del contrato así: Seis (06) mensualidades vencidas cada una, por valor de Cuatro millones quinientos mil pesos m/cte. (\$4.500.000) , previa certificación de cumplimiento expedido por el supervisor y acreditación de que se encuentra a paz y salvo el contratista con los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y demás requisitos que le sean aplicables.

Registro Presupuestal (Contrato Inicial):			
Número y Fecha:	481 del 20 de enero 2026	Inversión	X Funcionamiento
Rubro presupuestal:	0301-2.3.45.4501.1000.002.2.3.2.02.02.009-20.		
Valor: (Letras y Números)	Veintisiete millones de pesos m/cte. (\$27.000.000)		

 DEPARTAMENTO DEL META NIT 892 000 143.8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

*Realice copia de la tabla si tiene más de un Registro Presupuestal

Registro Presupuestal (Adición):

Número y Fecha:	N/A	Inversión	N/A	Funcionamiento	N/A
Rubro presupuestal:	N/A				
Valor: (Letras y Números)	N/A				

*Si no existen adiciones diligencie con N/A

** Realice copia de la tabla si se presenta más de una adición

Obligaciones Generales del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Acatar las sugerencias de la supervisión encaminadas a mejorar el proceso.
2. Garantizar la afiliación ante el sistema de seguridad social integral en los términos establecidos en la ley 100 de 1993, (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y presentar constancia de pago durante la ejecución del contrato, conforme al acápite de FORMA DE PAGO.
3. El contratista deberá allegar certificado médico de ingreso legible (tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 del decreto 723 de 2013). (Persona Natural).
4. El contratista dentro del monto del contrato debe garantizar los gastos de transporte, materiales, insumos de apoyo logístico necesarios para el desarrollo del objeto del contrato.
5. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo).
6. Prestar los servicios con el personal y elementos propuestos, cualquier cambio será previamente autorizado por el Supervisor siempre que no sea de perfil inferior al ofertado.
7. Las actividades no se pueden realizar con personas o material que pueda interpretarse como mensajes de inclinación política, social, racial, religiosa o cualquier otro que pueda ofender o causar agravio a un grupo de personas.
8. Actuar de buena fe y diligentemente para con el supervisor del departamento y de la Gobernación del Meta; teniendo en cuenta que el Contratista se considera un colaborador del Estado en el cumplimiento de los fines sociales que busca la contratación, acorde con el estatuto contractual. Por lo cual, además deberá avisar oportunamente de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo para el desarrollo de la prestación del servicio.
9. Presentar informe de ejecución previo a los pagos y demás soporte documental y cada vez que sea requerido por el Supervisor.
10. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o Liquidación del contrato.
11. Cobrar los bienes y/o servicios suministrados y certificados por el Supervisor, con cargo al contrato de acuerdo al acápite FORMA DE PAGO, para lo cual deberá radicar cuenta, con todos los soportes documentales requeridos en los formatos del Sistema Integrado de Gestión de la Gobernación del Meta, publicados en la página web de la entidad.
12. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato; así mismo abstenerse de hacer uso de la información de la población objeto, obtenida con ocasión o como consecuencia directa de la ejecución del contrato.
13. Pagar y asumir los impuestos a que haya lugar, así como las demás obligaciones legales y tributarias que le competan de acuerdo con el marco normativo.
14. Cumplir las disposiciones y lineamientos dados en favor de la prevención, eliminación de lesiones, enfermedades y víctima mortal por ocasión del trabajo en el marco legal aplicable a los trabajadores en términos de seguridad y salud en el trabajo.
15. Cumplir las disposiciones y directrices en favor de la prevención de la contaminación y la protección del medio ambiente a través del control adecuado de residuos y consumo responsable de recursos.
16. Conocer y dar cumplimiento a las políticas y procedimientos de seguridad de la información establecida por la organización, pertinente al desarrollo del objeto contractual, de conformidad con lo estipulado en el Sistema Integrado de Gestión.
17. Cargar en la plataforma del SECOP los documentos soporte de la cuenta de cobro junto con los informes de ejecución a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de elaboración de la misma.
18. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso del mismo.

Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

 DEPARTAMENTO DEL META NIT 802 000 148 8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

1. Establecer de manera previa cronograma de actividades en el cual se establezcan fechas, municipios, actividad de toda la vigencia del contrato, y presentar mensualmente el reporte de avance de las acciones programadas. Producto entregable: Formato de Matriz de cronograma de actividades proporcionado por la gerencia de promoción de derechos humanos
2. Apoyar la preparación y desarrollo de las sesiones al Consejo Departamental de Reincorporados del Departamento del Meta. Producto: 1) Actas de las sesiones con su registro de asistencia, y/o evidencias correspondientes, verificando el debido archivo según tablas de retención documental original, 2) Informes de reuniones adelantadas y/o acciones desarrolladas durante la asistencia técnica, según formatos establecidos.
3. Brindar asistencia técnica a las Mesas Preparatorias del Consejo Departamental de Reincorporados del Departamento del Meta. Producto: 1) Actas de las sesiones con su registro de asistencia, y/o evidencias correspondientes, verificando el debido archivo según tablas de retención documental original, 2) Informes de reuniones adelantadas y/o acciones desarrolladas durante la asistencia técnica, según formatos establecidos.
4. Acompañar el proceso de seguimiento del Plan de Acción del Consejo Departamental de Reincorporación. Productos: 1) Actas de sesiones con sus registros de asistencia, y/o evidencias correspondientes, de acuerdo con los formatos establecidos por la Gobernación del Meta para tal fin. 2) Matriz de seguimiento al plan de acción, alimentada con los reportes recolectados en las visitas y/o recibidos por la secretaria de DDHH y Paz.
5. Prestar asesoría técnica a los municipios del departamento del Meta que tienen población en proceso de reincorporación para un adecuado acompañamiento de las administraciones municipales la incorporación de los firmantes de paz en la vida civil y democrática.
6. Brindar apoyo en la organización de la carpeta del Consejo Departamental de Reincorporación. La cual debe contener las actas, asistencias e informes de espacios, y debe estar organizada de acuerdo a los parámetros establecidos por el archivo departamental de la Gobernación del Meta.
7. Presentar reportes mensuales del apoyo realizado en el seguimiento a proyectos de inversión-SPI a la Gerencia de promoción de DDHH, con los principios de celeridad, oportunidad, calidad y concurrencia en el formato establecido por la secretaria de DDHH y Paz. Producto entregable: Matriz de seguimiento al proyecto de inversión-SPI, proporcionado por la gerencia de promoción de derechos humanos, con sus respectivas evidencias en los formatos F-TH-41 y F-TH-42.
8. Realizar y entregar el informe final que dé cuenta del cumplimiento de cada uno de las obligaciones contractuales por la vigencia del contrato. Producto: Informe final con los anexos correspondientes en PDF.
9. Las demás actividades inherentes al objeto contractual para el cumplimiento de la Meta, y las que sean requeridas por la secretaria de Derechos Humanos y Paz.

Modificaciones: (Transcribir las cláusulas modificadas) (Si no existen modificaciones diligencie N/A)

N/A

Periodo de Pago:	Del	22/04/2026	Al	21/05/2026	
Tipo de Pago:	Anticipo	Parcial	X	Final	No. de Pago 04

No. de Comprobante de Entrada a Almacén: (Contratos cuando se requiera ingreso a almacén)	N/A
No. de Comprobante de Salida a Almacén: (Contratos cuando se requiera instalación de bienes)	N/A

Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras y números, máximo 2 Decimales)	Cuatro millones quinientos mil pesos m/cte. (\$4.500.000)

 DEPARTAMENTO DEL META NIT 802 000 144-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

No. R.P. A Afectar	Rubro Presupuestal	Clasificador Presupuestal	Valor a Afectar
481	0301-2.3.45.4501.1000.002.2.3.2.02.02.009-20	91119	\$4.500.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			\$4.500.000

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio: (Según contrato)	
En los 29 municipios del Departamento del Meta	
Municipio (Según Ejecución del Periodo de Pago)	Valor
Villavicencio	\$4.500.000
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	\$4.500.000
*Incluir filas adicionales si se requiere.	
**Discriminar el valor para cada municipio en proporción a lo ejecutado del contrato para el periodo de pago (valores antes de Iva).	
***Esta información es para determinar retenciones aplicables a título del impuesto de industria y comercio.	

Anticipo (Letras y Números máximo 2 Decimales)		N/A	
Porcentaje:	N/A	Observaciones:	N/A

Amortización del Anticipo						
Concepto	Valor Facturado	% Contrato Facturado	Saldo Contrato	Amortización Anticipo	% Anticipo Amortizado	Saldo Anticipo
Valor Inicial	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial 1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial N	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Total	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
*Si no existe Anticipo diligencie casillas con N/A						
**Inserte filas si requiere						

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial				
Concepto	Periodo de Pago		Valor (Números máximo 2 Decimales)	% Ejecución Financiera
	DD/MM/AAAA			
	Del	Al		
Primer pago	22/01/2026	21/02/2026	\$4.500.000	16,67%
Segundo pago	22/02/2026	21/03/2026	\$4.500.000	16,67%
Tercer pago	22/03/2026	21/04/2026	\$4.500.000	16,67%
Pago Autorizado en el Presente Informe	22/04/2026	21/05/2026	\$4.500.000	16,67%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	22/05/2026	21/07/2026	\$9.000.000	33,32%
Valor Total del Contrato Inicial	22/01/2026	21/07/2026	\$27.000.000	100%
*Inserte o Elimine filas si requiere.				
**Diligenciar en orden cronológico				

 DEPARTAMENTO DEL META NIT 802 000 148-9	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	06

Balance Financiero de Ejecución de la Adición				
Concepto	Periodo de Pago		Valor (Números máximo 2 Decimales)	% Ejecución Financiera
	DD/MM/AAAA			
	Del	Al		
*Cuarto Pago	N/A	N/A	\$0	0%
*Quinto Pago	N/A	N/A	\$0	0%
Pago Autorizado en el Presente Informe	N/A	N/A	\$0	0%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	N/A	N/A	\$0	0%
Valor Total de la Adición	N/A	N/A	\$0	0%
*Inserte o Elimine filas si requiere.				
**Si no existe Adición diligencie casillas con N/A				
***Diligenciar en orden cronológico.				
****El número de pagos debe ser consecutivo, comienza en el balance financiero del contrato inicial y continúa en el balance financiero de la adición.				

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	\$27.000.000
--	---------------------

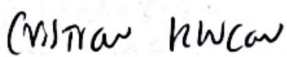
Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	Datos	Datos	Datos
Periodo Cotizado	Abril 2026	Mayo 2026	Junio 2026
Número de Planilla	78721121	92898052	93104621
IBC (Ingreso Base de Cotización)	\$ 1.800.000	\$ 1.800.000	\$ 1.800.000
Valor pagado a SALUD	\$ 225.000	\$ 225.000	\$ 225.000
Valor pagado a PENSIÓN	\$ 288.000	\$ 288.000	\$ 288.000
Valor pagado a ARL	\$ 43.900	\$ 43.900	\$ 43.900
Valor pagado a FSP	N/A	N/A	N/A
*Inserte COLUMNA por cada planilla de pago **Si es persona JURÍDICA se diligencia con N/A			

Pago de Seguridad Social: (Persona Jurídica)	Si N/A
Certificado expedido por el Representante Legal o Revisor Fiscal	N/A
Si es Persona NATURAL se diligencia N/A	

Se expide como requisito esencial para que se efectúe el pago correspondiente.

Dado en Villavicencio, a los 30 días del mes de junio del 2026.

Cordialmente,

Firma:	
Nombre:	CRISTIAN ALBERTO RINCÓN SÁNCHEZ
Cargo:	Profesional Universitario 03 Supervisor

CUENTA DE COBRO No. 04
LA GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL META
NIT 892.000.148-8

DEBE A:

Lorena López Tovar
C.C 1.069.724.940

Por concepto de: Cuarto (04) pago al Contrato de prestación de servicios No. 0359 del año 2026, que tiene por objeto: **"BRINDAR ASISTENCIA TÉCNICA AL CONSEJO DEPARTAMENTAL DE REINCORPORACIÓN DEL META"** La suma de: **Cuatro millones quinientos mil pesos m/cte. (\$4.500.000)**, que corresponde al periodo comprendido entre el 22 de abril de 2026 y el 21 de mayo de 2026, por servicios prestados en la ciudad de Villavicencio.

Me acojo a lo establecido en el artículo 173 de la Ley 1450 de 2011, por lo tanto, declaro que los valores cancelados al Sistema de Seguridad Social correspondiente al mes de abril, mayo y junio del 2026 no se han utilizado en ningún otro pago.

MUNICIPIO	NÚMERO DE DÍAS	VALOR DÍA CONTRATO	VALOR TOTAL
Villavicencio	30	\$ 150.000	\$ 4.500.000
VALOR TOTAL			\$ 4.500.000

Dado en Villavicencio, a los treinta (30) días del mes de junio de 2026.


Lorena López Tovar
C.C 1.069.724.940

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1069724940	LORENA LOPEZ TOVAR	caña 45 N° 19-74	3102963889	lorenatovarfc@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE BUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			META	VILLAVICENCIO	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA-MES-AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA-MES-AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78721121	29/04/2028	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2028-04	2028-04	I	\$0	\$556.900	

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	225.000	0		0		0	0	0	0	225.000	1

TOTALES PENSION												
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	Ponvenir	800224808-8	288.000	0	0	0	0	0	0		288.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	43.900				43.900	0	0	43.900			439	43.900	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	225.000	225.000
Pensión	1	288.000	288.000
Riesgos Laborales	1	43.900	43.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	556.900	556.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1069724940	LORENA LOPEZ TOVAR	calle 45 N° 19-74	3102993889	lorenatovarica@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			META	VILLAVICENCIO	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AAO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AAO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78721121	23/04/2028	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	\$0	\$556.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
Nº	Tip y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colaborador	Beneficiario	Exonerado	Exonerado	Exonerado	Exonerado	Exonerado	Exonerado	Exonerado	Exonerado	Exonerado	Exonerado	Exonerado	Exonerado	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 ICDF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1069724940	LOPEZ TOVAR LORENA	57	0													230701	1.800.000	30	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	30	225.000	14-11	1.800.000	30	43.800		0	0	0	0	0	0	0	0

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1069724940	LORENA LOPEZ TOVAR	calle 45 N° 19-74	3102993889	lorenatovarcs@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			META	VILLAVICENCIO	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA-MES-AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA-MES-AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92898062	23/05/2028	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÚMERA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$562.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	600251440-6	225.000	0		0		0	13	2.200	0	227.200	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	288.000	0	0	0	0	13	2.800	0	290.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Codigo 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	890903780-5	43.900				43.900	13	500	44.400			439	44.400	1

TOTALES CAJAS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										</
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	13	0	0	0
ICBF				
0	13	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, BUP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	225.000	227.200
Pensión	1	288.000	290.800
Riesgos Laborales	1	43.900	44.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	556.900	562.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1069724940	LORENA LOPEZ TOVAR	calle 45 N° 19-74	3102993889	lorenatovarica@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			META	VILLAVICENCIO	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESANO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESANO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92896052	23/06/2020	1	0
PERIODO BALD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL HÓRANA	TOTAL A PAGAR	
2020-05	2020-05	I	\$0	\$582,400	

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAMORALES												
No.	Tipo y Numero de Identificación	Apellidos y Nombre	Código	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Cód. AFP	IBC AFP	Clas	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Clas	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clas	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Clas	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte MENA	Aporte ICSP	Aporte ESAP	Aporte MEI	
1	CC 1069724940	LOPEZ TOVAR LORENA	87	0																	237301	1.800.000	30	288.000	0	0	0	0	EP3005	1.800.000	30	225.000	14-11	1.800.000	30	43.800		0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1069724940	LORENA LOPEZ TOVAR	cafe 45 N° 19-74	3102993589	lorenatovarica@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE BUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			META	VILLAVICENCIO	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA-MES-AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO EMPL/EMP/AF	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93104621	01/07/2028	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2028-08	2028-08	I	\$0	\$556.900	

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	225.000	0		0		0	0	0	0	225.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	288.000	0	0	0	0	0	0		288.000	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
				No. Autorización	Valor								
14-11	ARL SURA	899603790-5	43.900				43.900	0	0	43.900		439	43.900

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	225.000	225.000
Pensión	1	288.000	288.000
Riesgos Laborales	1	43.900	43.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	\$56.900	\$56.900

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1069724940	LORENA LOPEZ TOVAR	calle 45 N° 19-74	3102993889	lorenatovarfc@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			META	VILLAVICENCIO	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93104621	01/07/2028	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	\$0	\$556,900	

DETALLE POR COTIZANTE																																								
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES									
No.	Tipo y Numero de Identificación	Apellidos y Nombre	Edad	Sexo	Estado Civil	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	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 BENA	Aporte ICSP	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 1069724942	LOPEZ TOVAR LORENA	57	F	N									230301	1.800.000	30	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	30	225.000	14-11	1.800.000	30	43.890		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA