SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DERLY PAOLA SANCHEZ PARDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.014.206.691**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

RONAL JAIR CLAVIJO RINCON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.165.491**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Medellín, 21 de Julio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INTER CATAM 2026, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1014206691	SANCHEZ PARDO DERLY PAOLA	06/07/2026		14047142	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10010935512620237192

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/07/2026 10:19:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.30.69.173, 192.230.104.16, 172.16.42.57

Medellín, 21 de Julio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INTER CATAM 2026, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1010165491	CLAVIJO RINCON RONAL JAIR	02/07/2026		22933159	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10010935512620237131

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/07/2026 10:18:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.30.69.173, 192.230.104.16, 172.16.42.57

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 8 de Julio de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1014206691
Nombre	: DERLY PAOLA SANCHEZ PARDO
Empresa/Contratante	: CONSORCIO INTER CATAM 2026
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 902073786
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/07/08
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/07/06
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN LE INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código VbaL7FoyH

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 8 de Julio de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1010165491
Nombre	: RONAL JAIR CLAVIJO RINCON
Empresa/Contratante	: CONSORCIO INTER CATAM 2026
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 902073786
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/07/08
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2026/07/02
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN LE INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código
nGho47O5H

Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 03/04/2026

187686144

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio; - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional
3. Régimen: A. Contributivo 4 B. Subsidiado
4. Contribución solidaria: Si No X
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante V C. Beneficiario B. Cabeza de Familia D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado
7. Código (a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Sanchez	Herrera	Derly	Yasira

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1.014.206.691	Femenino X Masculino	F X M T NB Otro Cuál	Colombiana

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Bogotá	Colombia	Cundinamarca	Cundinamarca	24/09/1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad (Si / No / Categoría de discapacidad)	19. Tiene encuesta SISBÉN (Si / No)	20. Clasificación SISBÉN (Nivel / Grupo)	21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Sura	Porvenir	3.200.000	

26. Residencia Dirección: Transversal 113 F N° 64 B 18. Teléfono Fijo:

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3123633155	aliloap.29@hotmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Cundinamarca	Cundinamarca		Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; X Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	31. Sexo identificación (F M T NB Otro Cual)	32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	40. Sexo Identificación (F M T NB Otro Cual)	41. Lugar de nacimiento (País / Departamento / Municipio)	42. Fecha de nacimiento
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN (Si / No)	48. Clasificación SISBEN (Nivel / Grupo)	49. Discapacidad (Si / No / Categoría de discapacidad)	50. Incapacidad permanente (Si / No)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal; Centro Poblado; Rural Disperso; Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

AFILIACIÓN

OFIX SUMINISTROS Y LOGÍSTICA S.A.S. NIT 900.116.826-1 100264458 Sku 23572

Scanned with CamScanner

C			
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Concreto Inter Calcm 2026	NIT	902.073.786	

59. Ubicación

Dirección: Cgll 104A 47A 58

Teléfono fijo o Celular: 6751055

Correo Electrónico: camila.umbarila@ingeplan.co

Departamento: Cundinamarca

Municipio / Distrito: Cundinamarca

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F M T NB Otro — Cuál)	64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	06 04 2026		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [x] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [x] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [x] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento de identidad | No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Dedy Paola Sánchez.	Cala

X. ANEXOS

- [x] 82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC 1 CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos 1

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial (Código del municipio / Código del departamento)	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)
CC				

OBSERVACIONES:

EPS Sanitas
OFICINA ZONA IN
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
06 JUL 2026
RECIBIDO POR:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO-

E-REPORTE DE NOVEDADES

Scanned with CamScanner

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **RONAL JAIR CLAVIJO RINCON** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANIA** número **1010165491**, aparece registrado (a) en **EPS SURA** con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1010165491
NOMBRES Y APELLIDOS	RONAL JAIR CLAVIJO RINCON
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	CONYUGE
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/05/2024
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
EMPLEADOR(ES)	NI 902073786 CONSORCIO INTER CATAM 2026 DESDE 02/07/2026

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: **22/07/2026**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **INGEPLAN.CO PROYECTOS**, identificada con **NI** número **900585029**, aportó por **CRISTIAN STEVEN RODRIGUEZ MENDOZA** identificado(a) con **CC** número **1118572238** 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 06 - 2026 y 07 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1															0		30	$5,000,000	0.00522	$26,100	$0	$0	Junio - 2026	93244797	07/07/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$5,000,000	0.04000	$200,000	$0	$0	Junio - 2026	93244797	07/07/2026	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$5,000,000	0.16000	$800,000	$0	$0	Junio - 2026	93244797	07/07/2026	Si
EPS002	Salud Total EPS	1															0		30	$5,000,000	0.04000	$200,000	$0	$0	Julio - 2026	93244797	07/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **31** días del mes **Julio** de **2026**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **INGEPLAN.CO PROYECTOS**, identificada con **NI** número **900585029**, aportó por **DIEGO LEON QUEBRADA ARISTIZABAL** identificado(a) con **CC** número **1013664945** 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 06 - 2026 y 07 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1															0		30	$4,000,000	0.06960	$278,400	$0	$0	Junio - 2026	93244797	07/07/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$4,000,000	0.04000	$160,000	$0	$0	Junio - 2026	93244797	07/07/2026	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$4,000,000	0.16000	$640,000	$0	$0	Junio - 2026	93244797	07/07/2026	Si
EPS002	Salud Total EPS	1															0		30	$4,000,000	0.04000	$160,000	$0	$0	Julio - 2026	93244797	07/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **31** días del mes **Julio** de **2026**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **INGEPLAN.CO PROYECTOS**, identificada con **NI** número **900585029**, aportó por **FREDY EMILIANO DIAZ BETANCOURT** identificado(a) con **CC** número **79745972** 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 06 - 2026 y 07 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		30	$8,500,000	0.16000	$1,360,000	$42,500	$42,500	Junio - 2026	93244797	07/07/2026	Si
14-11	ARL SURA	1															0		30	$8,500,000	0.06960	$591,600	$0	$0	Junio - 2026	93244797	07/07/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$8,500,000	0.04000	$340,000	$0	$0	Junio - 2026	93244797	07/07/2026	Si
EPS002	Salud Total EPS	1															0		30	$8,500,000	0.04000	$340,000	$0	$0	Julio - 2026	93244797	07/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **31** días del mes **Julio** de **2026**

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-06-25, 01:51:22 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1083058038

Periodo Cotización: junio de 2026 **Periodo Servicio:** junio de 2026

PAGADO 25/06/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JAIME ANDRES CAICEDO BERRIO		
Documento	CC79781797	**Dirección**	AV. CALLE 25 #69 D - 51 APARTAMENTO 510
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3164381815
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79781797	JAIME ANDRES CAICEDO BERRIO	59	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 7.720.000	$ 1.312.400	(EPS005) EPS SANITAS	$ 7.720.000	$ 965.000	0,522	$ 7.720.000	$ 40.300	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 7.720.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.364.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 7.720.000	$ 7.720.000	$ 7.720.000	$ 7.720.000	$ 1.312.400	$ 965.000	$ 40.300	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.364.100	$ 0	$ 2.364.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79952736	LUIS HERNAN SANDOVAL TORRES	CALLE 80 # 11 - 49 APT 302	3115918047	LHSANDOVALT@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92950794	03/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$1.335.100	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	575.000	0		0		0	0	0	0	575.000	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
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	736.000	0	0	0	0	0	0		736.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	24.100				24.100	0	0	24.100			241	24.100	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	575.000	575.000
Pensión	1	736.000	736.000
Riesgos Laborales	1	24.100	24.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.335.100	1.335.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79952736	LUIS HERNAN SANDOVAL TORRES	CALLE 80 # 11 - 49 APT 302	3115918047	LHSANDOVALT@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92950794	03/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$1.335.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 79952736	SANDOVAL TORRES LUIS HERNAN	59	0			N																	230901	4.600.000	30	736.000	0	0	0	0	EPS005	4.600.000	30	575.000	14-23	4.600.000	30	1	24.100		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52269174		TORRES CAMARGO OLGA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 63 78 39	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7218747	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	520668638	9508819902	I	2026/08/20	2026/07/29	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$1,184,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,000,000	$640,000			$4,000,000	$500,000			$4,000,000	$24,000			$4,000,000	$20,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,000,000	$640,000			$4,000,000	$500,000			$4,000,000	$24,000			$4,000,000	$20,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$4,000,000	$640,000			$4,000,000	$500,000			$4,000,000	$24,000			$4,000,000	$20,900		$0	$0
1	CC 52269174	TORRES CAMARGO OLGA LUCIA	25-14	30	$4,000,000	$640,000	EPS008	30	$4,000,000	$500,000	CCF24	30	$4,000,000	$24,000	14-23	30	$4,000,000	$20,900	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$4,000,000	$640,000			$4,000,000	$500,000			$4,000,000	$24,000			$4,000,000	$20,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$640,000	$0	$0	$640,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$640,000	$0	$0	$640,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,900	$0	$0	$20,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$20,900	$0	$0	$20,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,000	$0	$0	$24,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$24,000	$0	$0	$24,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$500,000	$0	$0	$500,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$500,000	$0	$0	$500,000
TOTAL				**1**	**$1,184,900**	**$0**	**$0**	**$1,184,900**

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **INGEPLAN.CO PROYECTOS**, identificada con **NI** número **900585029**, aportó por **ORIANA MILENA RAMIREZ GALLEGO** identificado(a) con **CC** número **66986270** 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 06 - 2026 y 07 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		30	$9,000,000	0.16000	$1,440,000	$45,000	$45,000	Junio - 2026	93244797	07/07/2026	Si
14-11	ARL SURA	1															0		30	$9,000,000	0.00522	$47,000	$0	$0	Junio - 2026	93244797	07/07/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$9,000,000	0.04000	$360,000	$0	$0	Junio - 2026	93244797	07/07/2026	Si
EPS005	Sanitas EPS	1															0		30	$9,000,000	0.04000	$360,000	$0	$0	Julio - 2026	93244797	07/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **31** días del mes **Julio** de **2026**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **INGEPLAN.CO PROYECTOS**, identificada con **NI** número **900585029**, aportó por **LAURA CATALINA RODRIGUEZ MANOSALVA** identificado(a) con **CC** número **1052417024** 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 07 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1							X								0		30	$3,000,000	0.00522	$15,700	$0	$0	Marzo - 2026	73884748	15/04/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1							X								0		30	$3,000,000	0.04000	$120,000	$0	$0	Marzo - 2026	73884748	15/04/2026	Si
EPS008	Compensar EPS	1							X								0		30	$3,000,000	0.04000	$120,000	$0	$0	Abril - 2026	73884748	15/04/2026	Si
230301	Porvenir	1							X								0		30	$3,000,000	0.16000	$480,000	$0	$0	Marzo - 2026	73884748	15/04/2026	Si
14-11	ARL SURA	1															0		30	$3,000,000	0.00522	$15,700	$0	$0	Abril - 2026	77091057	22/04/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$3,000,000	0.04000	$120,000	$0	$0	Abril - 2026	77091057	22/04/2026	Si
EPS008	Compensar EPS	1															0		30	$3,000,000	0.04000	$120,000	$0	$0	Mayo - 2026	77091057	22/04/2026	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$3,000,000	0.16000	$480,000	$0	$0	Abril - 2026	77091057	22/04/2026	Si
14-11	ARL SURA	1															0		30	$3,000,000	0.00522	$15,700	$0	$0	Mayo - 2026	89175839	04/06/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$3,000,000	0.04000	$120,000	$0	$0	Mayo - 2026	89175839	04/06/2026	Si
EPS008	Compensar EPS	1															0		30	$3,000,000	0.04000	$120,000	$0	$0	Junio - 2026	89175839	04/06/2026	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$3,000,000	0.16000	$480,000	$0	$0	Mayo - 2026	89175839	04/06/2026	Si
14-11	ARL SURA	1															0		30	$3,000,000	0.00522	$15,700	$0	$0	Junio - 2026	93244797	07/07/2026	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		30	$3,000,000	0.04000	$120,000	$0	$0	Junio - 2026	93244797	07/07/2026	Si
EPS008	Compensar EPS	1															0		30	$3,000,000	0.04000	$120,000	$0	$0	Julio - 2026	93244797	07/07/2026	Si
230301	Porvenir	1															0		30	$3,000,000	0.16000	$480,000	$0	$0	Junio - 2026	93244797	07/07/2026	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **24** días del mes **Julio** de **2026**

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