Fundación Progresa

Bucaramanga, 1 de septiembre del 2026

DRA HILDA MARCELA RAMIREZ AMAYA
Supervisor de Convenio 108-2026
Secretaría de Desarrollo Social
ALCALDÍA DE BUCARAMANGA

REFERENCIA: INFORME FINANCIERO APORTE FUNDACIÓN, TERCER CORTE DE EJECUCIÓN CONVENIO 108-2026.

Cordial Saludo,

Dando alcance al **convenio de asociación N°108 del 16 de JUNIO de 2026**, contraído con la Alcaldía de Bucaramanga, Nos permitimos presentar el informe financiero correspondiente al 30% del aporte de la FUNDACIÓN PROGRESA detallado sobre los gastos presentados del 1 de agosto al 30 de agosto del 2026 sobre los 40 usuarios de la línea de atención.

INFORME FINANCIERO CONVENIO 108-2026		1-08-2026 AL 30-08-2026
VALOR APORTE ESAL		**$ 19.046.160,00**
FACTURA	PROVEEDOR	VALOR
CUENTA DE CORBO	GLORIA ESPERANZA ALBARRACIN - COORDINADORA	$ 1.846.160,00
CUENTA DE COBRO	SANDRA PATRICIA ANAYA- PEDAGOGA	$ 1.800.000,00
CUENTA DE COBRO	JORGE ERNESTO GARZA CHAPARRO	$ 1.800.000,00
CUENTA DE COBRO	NOHORA LILIANA CASTILLO- PSICOLOGA	$ 1.800.000,00
CUENTA DE COBRO	DANIELA BUSTOS SANCHEZ- TERAPEUTA OCUPACIONAL	$ 1.800.000,00
CUENTA DE COBRO	LUZ HELENA CALA CALA- ADMINISTR4ATIVA	$ 1.800.000,00
CUENTA DE COBRO	SADY STEFANIA JALKH- PSICOLOGA	$ 1.800.000,00
CUENTA DE COBRO	NICOLAS DAVID VERGEL- PSICOLOGO	$ 1.800.000,00
CUENTA DE COBRO	YESICA FERNANDA PITA- TRABAJADORA SOCIAL	$ 1.800.000,00
CUENTA DE COBRO	JESUS DARIO CAMACHO- LIC. DEPORTES	$ 1.800.000,00
CUENTA DE COBRO	MARGARITA HERNANDEZ- APOYO LOGISTICO	$ 1.000.000,00
TOTAL		**$ 19.046.160,00**

Atentamente



FUNDACIÓN PROGRESA
NIT: 900.344.716-6
R/L RODRIGO CALA PULIDO
CC 91.204.079 de Bucaramanga

CUENTA DE COBRO No. 003

FUNDACIÓN SOCIAL EDUCATIVA PARA EL PROGRESO Y DESARROLLO HUMANO
FUNDACIÓN PROGRESA
NIT: 900344716-6

DEBE A:

GLORIA ESPERANZA ALBARRACIN VELOZA
C.C. 60263462

POR CONCEPTO DE: Pago prestado bajo el contrato de prestación de servicios con la Fundación Progresa como COORDINADORA cuyo objeto es "ANUAR ESFUERZOS PARA PROMOVER EL FORTALECIMIENTO DE LOS HÁBITOS DE LA VIDA DIARIA Y DESARROLLO HUMANO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE EDADES ENTRE 18 Y 56 AÑOS Y RED PRIMARIA DE APOYO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA", bajo el convenio 108 del 16 de JUNIO de 2026 en la ciudad de Bucaramanga.

PERÍODO DE COBRO:

Desde:

DIA	MES	AÑO
1	08	2026

Hasta:

DIA	MES	AÑO
30	08	2026

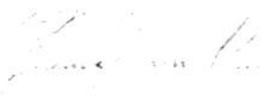
LA SUMA DE: UN MILLÓN NOVECIENTOS MIL (1.900.000,00).

Cordialmente solicito que el valor cobrado sea consignado, a través del sistema de transferencia a la siguiente Cuenta Bancaria, de la cual SOY TITULAR:

CLASE DE CUENTA	AHORROS DAMAS
BANCO	DAVIVIENDA
NUMERO	0550488418525553

Certifico que como persona Natural que devengo ingresos por honorarios o compensación de servicios personales, no tengo contrato o vinculado a dos o más trabajadores asociados a mi actividad económica, razón por la cual solicito se me aplique la retención en la fuente del Art. 383 del Estatuto Tributario, con el fin de determinar mi renta dentro de la Cedula Retas de trabajo y poder acceder a los beneficios de dicha categoría.

Dada en Bucaramanga (Santander), a los uno (1) días del mes de septiembre del dos mil veintiséis (2026)



GLORIA ESPERANZA ALBARRACIN VELOZA
C.C. 60263462
Contratista

CUENTA DE COBRO No. 003

FUNDACIÓN SOCIAL EDUCATIVA PARA EL PROGRESO Y DESARROLLO HUMANO
FUNDACIÓN PROGRESA
NIT: 900344716-6

DEBE A:

SANDRA PATRICIA ANAYA RAMIREZ
C.C. NO. 63.454.198

POR CONCEPTO DE: Pago prestado bajo el contrato de prestación de servicios con la Fundación Progresa como PEDAGOGA cuyo objeto es "ANUAR ESFUERZOS PARA PROMOVER EL FORTALECIMIENTO DE LOS HÁBITOS DE LA VIDA DIARIA Y DESARROLLO HUMANO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE EDADES ENTRE 18 Y 56 AÑOS Y RED PRIMARIA DE APOYO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA", bajo el convenio 108 del 16 de JUNIO de 2026 en la ciudad de Bucaramanga.

PERÍODO DE COBRO:

Desde:

DIA	MES	AÑO
1	08	2026

Hasta:

DIA	MES	AÑO
30	08	2026

LA SUMA DE: UN MILLÓN OCHOSCIENTOS MIL (1.800.000,00)

Cordialmente solicito que el valor cobrado sea consignado, a través del sistema de transferencia a la siguiente Cuenta Bancaria, de la cual SOY TITULAR:

CLASE DE CUENTA	AHORROS
BANCO	BANCOLOMBIA
NUMERO	91202195321

Certifico que como persona Natural que devengo ingresos por honorarios o compensación de servicios personales, no tengo contrato o vinculado a dos o más trabajadores asociados a mi actividad económica, razón por la cual solicito se me aplique la retención en la fuente del Art. 383 del Estatuto Tributario, con el fin de determinar mi renta dentro de la Cedula Retas de trabajo y poder acceder a los beneficios de dicha categoría.

Dada en Bucaramanga (Santander), a los uno (1) días del mes de septiembre del dos mil veintiséis (2026)

Sandra Patricia Anaya Ramirez

SANDRA PATRICIA ANAYA RAMIREZ
C.C. NO. 63.454.198
Contratista

CUENTA DE COBRO No. 003

FUNDACIÓN SOCIAL EDUCATIVA PARA EL PROGRESO Y DESARROLLO HUMANO
FUNDACIÓN PROGRESA
NIT: 900344716-6

DEBE A:

JORGE ERNESTO GARZA CHAPARRO
C.C. No. 1.098.779.327

POR CONCEPTO DE: Pago prestado bajo el contrato de prestación de servicios con la Fundación Progresa como MAESTRO EN ARTES cuyo objeto es "ANUAR ESFUERZOS PARA PROMOVER EL FORTALECIMIENTO DE LOS HÁBITOS DE LA VIDA DIARIA Y DESARROLLO HUMANO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE EDADES ENTRE 18 Y 56 AÑOS Y RED PRIMARIA DE APOYO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA", bajo el convenio 108 del 16 de JUNIO de 2026 en la ciudad de Bucaramanga.

PERÍODO DE COBRO:

Desde:

DIA	MES	AÑO
1	08	2026

Hasta:

DIA	MES	AÑO
30	08	2026

LA SUMA DE: UN MILLÓN OCHOSCIENTOS MIL (1.800.000,00)

Cordialmente solicito que el valor cobrado sea consignado, a través del sistema de transferencia a la siguiente Cuenta Bancaria, de la cual SOY TITULAR:

CLASE DE CUENTA	AHORROS
BANCO	BANCOLOMBIA
NUMERO	02085066202

Certifico que como persona Natural que devengo ingresos por honorarios o compensación de servicios personales, no tengo contrato o vinculado a dos o más trabajadores asociados a mi actividad económica, razón por la cual solicito se me aplique la retención en la fuente del Art. 383 del Estatuto Tributario, con el fin de determinar mi renta dentro de la Cedula Retas de trabajo y poder acceder a los beneficios de dicha categoría.

Dada en Bucaramanga (Santander), a los uno (1) días del mes de septiembre del dos mil veintiséis (2026)



JORGE ERNESTO GARZA CHAPARRO
C.C. No. 1.098.779.327
Contratista

CUENTA DE COBRO No. 003

FUNDACIÓN SOCIAL EDUCATIVA PARA EL PROGRESO Y DESARROLLO HUMANO
FUNDACIÓN PROGRESA
NIT: 900344716-6

DEBE A:

NOHORA LILIANA CASTILLO ORTEGA
C.C. No. 37548956

POR CONCEPTO DE: Pago prestado bajo el contrato de prestación de servicios con la Fundación Progresa como FISIOTERAPEUTA cuyo objeto es "ANUAR ESFUERZOS PARA PROMOVER EL FORTALECIMIENTO DE LOS HÁBITOS DE LA VIDA DIARIA Y DESARROLLO HUMANO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE EDADES ENTRE 18 Y 56 AÑOS Y RED PRIMARIA DE APOYO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA", bajo el convenio 108 del 16 de JUNIO de 2026 en la ciudad de Bucaramanga.

Desde:

DIA	MES	AÑO
1	08	2026

Hasta:

DIA	MES	AÑO
30	08	2026

LA SUMA DE: UN MILLÓN OCHOSCIENTOS MIL (1.800.000,00)

Cordialmente solicito que el valor cobrado sea consignado, a través del sistema de transferencia a la siguiente Cuenta Bancaria, de la cual SOY TITULAR:

CLASE DE CUENTA	AHORROS
BANCO	BANCO DE BOGOTÁ
NUMERO	260593538

Certifico que como persona Natural que devengo ingresos por honorarios o compensación de servicios personales, no tengo contrato o vinculado a dos o más trabajadores asociados a mi actividad económica, razón por la cual solicito se me aplique la retención en la fuente del Art. 383 del Estatuto Tributario, con el fin de determinar mi renta dentro de la Cedula Retas de trabajo y poder acceder a los beneficios de dicha categoría.

Dada en Bucaramanga (Santander), a los uno (1) días del mes de septiembre del dos mil veintiséis (2026)

Nohora Liliana Castillo Ortega
C.C. No. 37548956
Contratista

CUENTA DE COBRO No. 003

FUNDACIÓN SOCIAL EDUCATIVA PARA EL PROGRESO Y DESARROLLO HUMANO
FUNDACIÓN PROGRESA
NIT: 900344716-6

DEBE A:

DANIELA BUSTOS SANCHEZ
C.C. NO. **1.095.927.011**

POR CONCEPTO DE: Pago prestado bajo el contrato de prestación de servicios con la Fundación Progresa como TERAPEUTA OCUPACIONAL cuyo objeto es "ANUAR ESFUERZOS PARA PROMOVER EL FORTALECIMIENTO DE LOS HÁBITOS DE LA VIDA DIARIA Y DESARROLLO HUMANO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE EDADES ENTRE 18 Y 56 AÑOS Y RED PRIMARIA DE APOYO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA", bajo el convenio 108 del 16 de JUNIO de 2026 en la ciudad de Bucaramanga.

PERÍODO DE COBRO:

Desde:

DIA	MES	AÑO
1	08	2026

Hasta:

DIA	MES	AÑO
30	08	2026

LA SUMA DE: UN MILLÓN OCHOSCIENTOS MIL (1.800.000,00)

Cordialmente solicito que el valor cobrado sea consignado, a través del sistema de transferencia a la siguiente Cuenta Bancaria, de la cual SOY TITULAR:

CLASE DE CUENTA	AHORROS
BANCO	BANCOLOMBIA
NUMERO	91267177134

Certifico que como persona Natural que devengo ingresos por honorarios o compensación de servicios personales, no tengo contrato o vinculado a dos o más trabajadores asociados a mi actividad económica, razón por la cual solicito se me aplique la retención en la fuente del Art. 383 del Estatuto Tributario, con el fin de determinar mi renta dentro de la Cedula Retas de trabajo y poder acceder a los beneficios de dicha categoría.

Dada en Bucaramanga (Santander), a los uno (1) días del mes de septiembre del dos mil veintiséis (2026)



DANIELA BUSTOS SANCHEZ
C.C. NO. 1.095.927.011
Contratista

CUENTA DE COBRO No. 003

FUNDACIÓN SOCIAL EDUCATIVA PARA EL PROGRESO Y DESARROLLO HUMANO
FUNDACIÓN PROGRESA
NIT:900344716-6

DEBE A:
LUZ HELENA CALA CALA
C.C. No. 1.097.970.446

POR CONCEPTO DE: Pago prestado bajo el contrato de prestación de servicios con la Fundación Progresa como AUXILIAR ADMINISTRATIVA cuyo objeto es "ANUAR ESFUERZOS PARA PROMOVER EL FORTALECIMIENTO DE LOS HÁBITOS DE LA VIDA DIARIA Y DESARROLLO HUMANO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE EDADES ENTRE 18 Y 56 AÑOS Y RED PRIMARIA DE APOYO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA", bajo el convenio 108 del 16 de JUNIO de 2026 en la ciudad de Bucaramanga.

PERÍODO DE COBRO:

Desde:

DIA	MES	AÑO
1	08	2026

Hasta:

DIA	MES	AÑO
30	08	2026

LA SUMA DE: UN MILLÓN OCHOSCIENTOS MIL (1.800.000,00)

Cordialmente solicito que el valor cobrado sea consignado, a través del sistema de transferencia a la siguiente cuenta de la cual SOY TITULAR:

CLASE DE CUENTA	AHORROS
BANCO	BANCOLOMBIA
NUMERO	912-576524-20

Certifico que como persona Natural que devengo ingresos por honorarios o compensación de servicios personales, no tengo contrato o vinculado a dos o más trabajadores asociados a mi actividad económica, razón por la cual solicito se me aplique la retención en la fuente del Art. 383 del Estatuto Tributario, con el fin de determinar mi renta dentro de la Cedula Retas de trabajo y poder acceder a los beneficios de dicha categoría.

Dada en Bucaramanga (Santander), a los uno (1) días del mes de septiembre del dos mil veintiséis (2026)

Luz Helena Cala.

LUZ HELENA CALA CALA
C.C. No. 1.097.970.446
contratista

CUENTA DE COBRO No. 003

FUNDACIÓN SOCIAL EDUCATIVA PARA EL PROGRESO Y DESARROLLO HUMANO
FUNDACIÓN PROGRESA
NIT: 900344716-6

DEBE A:

SADY ESTEFANIA JALKH VELASQUEZ
C.C. No. 1.098.823.408

POR CONCEPTO DE: Pago prestado bajo el contrato de prestación de servicios con la Fundación Progresa como PSICOLOGA cuyo objeto es "ANUAR ESFUERZOS PARA PROMOVER EL FORTALECIMIENTO DE LOS HÁBITOS DE LA VIDA DIARIA Y DESARROLLO HUMANO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE EDADES ENTRE 18 Y 56 AÑOS Y RED PRIMARIA DE APOYO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA", bajo el convenio 108 del 16 de JUNIO de 2026 en la ciudad de Bucaramanga.

PERÍODO DE COBRO:

Desde:

DIA	MES	AÑO
1	08	2026

Hasta:

DIA	MES	AÑO
30	08	2026

LA SUMA DE: UN MILLÓN OCHOSCIENTOS MIL (1.800.000,00)

Cordialmente solicito que el valor cobrado sea consignado, a través del sistema de transferencia a la siguiente Cuenta Bancaria, de la cual SOY TITULAR:

CLASE DE CUENTA	AHORROS
BANCO	BANCOLOMBIA
NUMERO	91282121579

Certifico que como persona Natural que devengo ingresos por honorarios o compensación de servicios personales, no tengo contrato o vinculado a dos o más trabajadores asociados a mi actividad económica, razón por la cual solicito se me aplique la retención en la fuente del Art. 383 del Estatuto Tributario, con el fin de determinar mi renta dentro de la Cedula Retas de trabajo y poder acceder a los beneficios de dicha categoría.

Dada en Bucaramanga (Santander), a los uno (1) días del mes de septiembre del dos mil veintiséis (2026)

Sady E. Jalkh V.

NOMBRE: SADY ESTEFANIA JALKH VELASQUEZ
C.C. No. 1.098.823.408
Contratista

CUENTA DE COBRO No. 003

FUNDACIÓN SOCIAL EDUCATIVA PARA EL PROGRESO Y DESARROLLO HUMANO
FUNDACIÓN PROGRESA
NIT: 900344716-6

DEBE A:

NICOLAS ANDRES RODRIGUEZ VERGEL
C.C. No. 1.192.720.017

POR CONCEPTO DE: Pago prestado bajo el contrato de prestación de servicios con la Fundación Progresa como PSICOLOGO cuyo objeto es "ANUAR ESFUERZOS PARA PROMOVER EL FORTALECIMIENTO DE LOS HÁBITOS DE LA VIDA DIARIA Y DESARROLLO HUMANO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE EDADES ENTRE 18 Y 56 AÑOS Y RED PRIMARIA DE APOYO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA", bajo el convenio 108 del 16 de JUNIO de 2026 en la ciudad de Bucaramanga.

PERÍODO DE COBRO:

Desde:

DIA	MES	AÑO
1	08	2026

Hasta:

DIA	MES	AÑO
30	08	2026

LA SUMA DE: UN MILLÓN OCHOSCIENTOS MIL (1.800.000,00)

Cordialmente solicito que el valor cobrado sea consignado, a través del sistema de transferencia a la siguiente Cuenta Bancaria, de la cual SOY TITULAR:

CLASE DE CUENTA	AHORROS
BANCO	DAVIVIENDA
NUMERO	488403621912

Certifico que como persona Natural que devengo ingresos por honorarios o compensación de servicios personales, no tengo contrato o vinculado a dos o más trabajadores asociados a mi actividad económica, razón por la cual solicito se me aplique la retención en la fuente del Art. 383 del Estatuto Tributario, con el fin de determinar mi renta dentro de la Cedula Retas de trabajo y poder acceder a los beneficios de dicha categoría.

Dada en Bucaramanga (Santander), a los uno (1) días del mes de septiembre del dos mil veintiséis (2026)



NICOLAS ANDRES RODRIGUEZ VERGEL
C.C. No. 1.192.720.017

Contratista

CUENTA DE COBRO No. 003

FUNDACIÓN SOCIAL EDUCATIVA PARA EL PROGRESO Y DESARROLLO HUMANO
FUNDACIÓN PROGRESA
NIT: 900344716-6

DEBE A:

YESICA FERNANDA PITA LIZARAZO
C.C. No. 1.092.385.999

POR CONCEPTO DE: Pago prestado bajo el contrato de prestación de servicios con la Fundación Progresa como TRABAJADORA SOCIAL cuyo objeto es "ANUAR ESFUERZOS PARA PROMOVER EL FORTALECIMIENTO DE LOS HÁBITOS DE LA VIDA DIARIA Y DESARROLLO HUMANO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE EDADES ENTRE 18 Y 56 AÑOS Y RED PRIMARIA DE APOYO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA", bajo el convenio 108 del 16 de JUNIO de 2026 en la ciudad de Bucaramanga.

PERÍODO DE COBRO:

Desde:

DIA	MES	AÑO
1	08	2026

Hasta:

DIA	MES	AÑO
30	08	2026

LA SUMA DE: UN MILLÓN OCHOSCIENTOS MIL (1.800.000,00).

Cordialmente solicito que el valor cobrado sea consignado, a través del sistema de transferencia a la siguiente Cuenta Bancaria, de la cual SOY TITULAR:

CLASE DE CUENTA	AHORROS
BANCO	BANCOLOMBIA
NUMERO	796-000101-30

Certifico que como persona Natural que devengo ingresos por honorarios o compensación de servicios personales, no tengo contrato o vinculado a dos o más trabajadores asociados a mi actividad económica, razón por la cual solicito se me aplique la retención en la fuente del Art. 383 del Estatuto Tributario, con el fin de determinar mi renta dentro de la Cedula Retas de trabajo y poder acceder a los beneficios de dicha categoría.

Dada en Bucaramanga (Santander), a los uno (1) días del mes de septiembre del dos mil veintiséis (2026)



YESICA FERNANDA PITA LIZARAZO
C.C. No. 1.092.385.999
Contratista

CUENTA DE COBRO No. 003

FUNDACIÓN SOCIAL EDUCATIVA PARA EL PROGRESO Y DESARROLLO HUMANO
FUNDACIÓN PROGRESA
NIT: 900344716-6

DEBE A:

JESUS DARIO CAMACHO CRISTANCHO
C.C. NO. 1.101.520.612

POR CONCEPTO DE: Pago prestado bajo el contrato de prestación de servicios con la Fundación Progresa como LICENCIADO EN DEPORTE cuyo objeto es "ANUAR ESFUERZOS PARA PROMOVER EL FORTALECIMIENTO DE LOS HÁBITOS DE LA VIDA DIARIA Y DESARROLLO HUMANO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE EDADES ENTRE 18 Y 56 AÑOS Y RED PRIMARIA DE APOYO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA", bajo el convenio 108 del 16 de JUNIO de 2026 en la ciudad de Bucaramanga.

PERÍODO DE COBRO:

Desde:

DIA	MES	AÑO
1	08	2026

Hasta:

DIA	MES	AÑO
30	08	2026

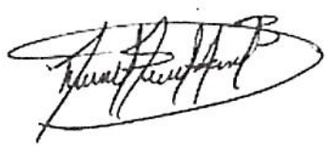
LA SUMA DE: UN MILLÓN OCHOSCIENTOS MIL (1.800.000,00)

Cordialmente solicito que el valor cobrado sea consignado, a través del sistema de transferencia a la siguiente Cuenta Bancaria, de la cual SOY TITULAR:

CLASE DE CUENTA	AHORROS
BANCO	BANCO CAJA SOCIA
NUMERO	24051422301

Certifico que como persona Natural que devengo ingresos por honorarios o compensación de servicios personales, no tengo contrato o vinculado a dos o más trabajadores asociados a mi actividad económica, razón por la cual solicito se me aplique la retención en la fuente del Art. 383 del Estatuto Tributario, con el fin de determinar mi renta dentro de la Cedula Retas de trabajo y poder acceder a los beneficios de dicha categoría.

Dada en Bucaramanga (Santander), a los uno (1) días del mes de septiembre del dos mil veintiséis (2026)



JESUS DARIO CAMACHO CRISTANCHO
C.C. NO. 1.101.520.612
Contratista

CUENTA DE COBRO No. 003

FUNDACIÓN SOCIAL EDUCATIVA PARA EL PROGRESO Y DESARROLLO HUMANO
FUNDACIÓN PROGRESA
NIT: 900344716-6

DEBE A:

MARGARITA CONCEPCIÓN HERNANDEZ CASTELLAR
C.C. NO. **37.625.963**

POR CONCEPTO DE: Pago prestado bajo el contrato de prestación de servicios con la Fundación Progresa como AUXILIAR RUTA cuyo objeto es ""ANUAR ESFUERZOS PARA PROMOVER EL FORTALECIMIENTO DE LOS HÁBITOS DE LA VIDA DIARIA Y DESARROLLO HUMANO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE EDADES ENTRE 18 Y 56 AÑOS Y RED PRIMARIA DE APOYO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA", bajo el convenio 108 del 16 de JUNIO de 2026 en la ciudad de Bucaramanga.

PERÍODO DE COBRO:

Desde:

DIA	MES	AÑO
1	08	2026

Hasta:

DIA	MES	AÑO
30	08	2026

LA SUMA DE: UN MILLÓN DE PESOS (1.000.000,00).

Cordialmente solicito que el valor cobrado sea consignado, a través del sistema de transferencia a la siguiente Cuenta Bancaria, de la cual SOY TITULAR:

CLASE DE CUENTA	AHORROS
BANCO	DAVIPLATA
NUMERO	3143027240

Certifico que como persona Natural que devengo ingresos por honorarios o compensación de servicios personales, no tengo contrato o vinculado a dos o más trabajadores asociados a mi actividad económica, razón por la cual solicito se me aplique la retención en la fuente del Art. 383 del Estatuto Tributario, con el fin de determinar mi renta dentro de la Cedula Retas de trabajo y poder acceder a los beneficios de dicha categoría.

Dada en Bucaramanga (Santander), a los uno (1) días del mes de septiembre del dos mil veintiséis (2026)

Margarita C. Hernandez.

MARGARITA CONCEPCIÓN HERNANDEZ CASTELLAR
C.C. NO. **37.625.963**

Contratista

P NILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1092385999
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			YESICA FERNANDA PITA LIZARAZO
CIUDAD/MUNICIPIO	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO	SANTANDER
DIRECCIÓN	CRA. 11 #34-52, GARCÍA ROVIRA,	TELEFONO	7633701
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA			6028773005	TIPO DE PLANILLA			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	agosto AÑO	2026
DIAS DE MORA			0				
FECHA PAGO (aaaa-mm/dd)			2026 08 25	NUMERO AUTORIZACIÓN			59313736?

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES									**$ 9.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1092385999	PITA LIZARAZO YESICA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905			NO																

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230201-PROTECCION	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
NUEVA EPS CM	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.750.905	$ 109238599	$ 9.200

PARAFISCALES

DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 508.300

P' ILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

soi — Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1101520612
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL			JESUS DARIO CAMACHO CRISTANCHO
CIUDAD/MUNICIPIO	PIEDECUESTA	DEPARTAMENTO	SANTANDER
DIRECCIÓN	CALLE 16 # 0-53 BRISAS 2	TELÉFONO	9999999
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	HNDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA		4664462067	TIPO DE PLANILLA			HNDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	agosto AÑO	2026
DÍAS DE MORA		0				
FECHA PAGO (aaaa mm dd)		2026/08/28	NUMERO AUTORIZACIÓN			9997568874

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES									**$ 9.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.200**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	1	$ 35.100	$ 0	$ 35.100
SUBTOTALES			**$ 35.100**	**$ 0**	**$ 35.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	CON	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1101520612	CAMACHO CRISTANCHO JESUS DARIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-11 - ARL SURA	30	1.750.905	$ 110152061	$ 9.200

PARAFISCALES

Nº	CCF DIAS COT	CCF IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	30	1.750.905	$ CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 543.400

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 60263462		ALBARRACIN VELOZA GLORIA ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 203 28-07	FLORIDABLANCA-SANTANDER	3185067365	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	618460960	9508579342	1	2026/09/14	2026/09/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$9,200**		**$0**	**$0**		**$508,300**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
Ciudad: FLORIDABLANCA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
1	CC	60263462	ALBARRACIN GLORIA																	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	0.522%	$9,200	0	$0	$0	No	$508,300
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$508,300**	**$0**	**$0**	**$508,300**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1098779327	JORGE ERNESTO GARZA CHAPARRO	cra 5 27 40	3242006734	jorgeegarza96@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		SANTANDER	BUCARAMANGA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94517189	26/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$508.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
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	Dias 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	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias 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	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

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	1098779327	JORGE ERNESTO GARZA CHAPARRO	cra 5 27 40	3242006734	jorgeeggarza96@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	BUCARAMANGA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94517189	26/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF					PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Bolivia	Extranjero	Cotiz. 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 1098779327	GARZA CHAPARRO JORGE ERNESTO	57	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-22, 05:33:36 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 87076148

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026

PAGADO 19/08/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA PATRICIA ANAYA RAMIREZ		
Documento	CC63454198	**Dirección**	KM 1 #1 - 1 VIA PIEDECUESTA LA CIDRA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6385910
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	FLORIDABLANCA	**Departamento**	SANTANDER
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

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 APP	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 63454198	SANDRA PATRICIA ANAYA RAMIREZ	57	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(ESSC24) EPS-S COOSALUD MOVILIDAD	$ 1.750.905	$ 218.900	0.522	$ 1.750.905	$ 9.200	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.300

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
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.300	$ 0	$ 508.300

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

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

aportes en línea

Resumen Gener-l de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37548956		CASTILLO ORTEGA NOHORA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 31# 30-22 apto 201	PIEDECUESTA-SANTANDER	6661658	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	2673523577	9596126743	I	2026/09/12	2026/08/24	BANCO DE BOGOTA	0	$508,300

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
1	CC	37548956	CASTILLO NOHORA	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-4	30	$1,750,905	$9,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$508,300	$0	$0	$508,300

2026/08/24 1:15 PM

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1192720017
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NICOLAS ANDRES RODRIGUEZ VERGEL
CIUDAD/MUNICIPIO:	CUCUTA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CUCUTA	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6029144567**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:		AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/08/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		588944548	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1095927011		BUSTOS SANCHEZ DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 23 #26-11 RIO DE ORO	GIRON-SANTANDER	6156043	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	619009505	9509646038	I	2026/09/03	2026/09/02	BANCOLOMBIA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Ciudad: GIRON Depto: SANTANDER (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
1	CC 1095927011	BUSTOS DANIELA		23020 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total	**Afiliados(1)**					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$541,800

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1098823408	SADY ESTEFANIA JALKH VELASQUEZ	CALLE 34 AN-A # 8A-11 TORRE 2 BL A APTO	3197104224	sadyejalkh25@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94198701	02/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$508.300	

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
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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1098823408	SADY ESTEFANIA JALKH VELASQUEZ	CALLE 34 AN-A # 8A-11 TORRE 2 BL A APTO	3197104224	sadyejalkh25@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	BUCARAMANGA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94198701	02/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$508.300	

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	Cobro exterior	Suspensión	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIONES	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 1098823408	JALKH VELASQUEZ SADY ESTEFANIA	57	0			N																230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

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

PAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: LUZ HELENA CALA CALA
Identificación CC - 1097970446
Sucursal 0
Período Pensión 2026-08
Período Salud 2026-08
Fecha Pago Planilla 2026-09-02

Tipo Identificación	CC
Número Identificación	1097970446
Nombre	LUZ HELENA CALA CALA
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	PORVENIR
Caja de compensación	Sin CCF
ARL	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.
Número Planilla	5642721472
Referencia de Pago(PIN)	5626447609
Tipo Planilla	I
Periodo Pensión	2026-08
Periodo Salud	2026-08
Tipo Cotizante	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.750.905	0,1250000	$ 218.900	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.750.905	0,1600000	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0243600	$ 42.700	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	LUZ HELENA CALA CALA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1097970446
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-09-02
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-09-10
FECHA DE PAGO:	2026-09-02
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2026-08
PERÍODO SALUD:	2026-08
NÚMERO PLANILLA:	8642721472
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8626447669
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 218.900
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 280.200
14-4	860002183	SEGUROS COLPATRIA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.700	$ 42.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 541.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: 13/10/2026

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI — Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1092385999
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL			YESICA FERNANDA PITA LIZARAZO
CIUDAD/MUNICIPIO	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO	SANTANDER
DIRECCIÓN	CRA. 11 #34-52, GARCÍA ROVIRA	TELÉFONO	7633701
TIPO APORTANTE	02 INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA		6028773005	TIPO DE PLANILLA		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES agosto AÑO	2026
DIAS DE MORA		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2026/08/25	NUMERO AUTORIZACIÓN		593137387

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 280 200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280 200	$ 0	$ 280 200
SUBTOTALES										$ 280.200	$ 0	$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218 900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218 900	$ 0	$ 0	$ 218 900
SUBTOTALES													$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9 200	$ 9 200	$ 0	$ 0	$ 9 200
SUBTOTALES									$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 1092385999	PITA LIZARAZO YESICA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1 750 905			NO

NOVEDADES

Nº	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230201-PROTECCION	30	$ 1 750 905	$ 280 200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280 200

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE
1	NUEVA EPS CM	30	$ 1 750 905	$ 218 900	$ 0	$ 218 900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S A	30	1 750 905	$ 109238599	$ 9 200

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 508.300

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1101520612	NUMERO PLANILLA	4064462067
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			JESUS DARIO CAMACHO CRISTANCHO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO 2026
CIUDAD/MUNICIPIO	PIEDECUESTA	DEPARTAMENTO	SANTANDER	DÍAS DE MORA	0
DIRECCIÓN	CALLE 16 # 0-58 BRISAS 2	TELEFONO	3009999	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2026/08/28
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	1-INDEPENDIENTE		
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Comercio al por mayor de computadores, equipo per		
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO				
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

TIPO DE PLANILLA					1-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES agosto	AÑO	2026		
NUMERO AUTORIZACIÓN			999780874		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 280.200
SUBTOTALES										**$ 280.200**	**$ 0**	**$ 280.200**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 0	$ 0	$ 218.900
SUBTOTALES													**$ 218.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 218.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.200	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 9.200
SUBTOTALES									**$ 9.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.200**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	1	$ 35.100	$ 0	$ 35.100
SUBTOTALES			**$ 35.100**	**$ 0**	**$ 35.100**

LIQUIDACION DE TALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE												NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																														PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	RUT FORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	PENSIÓN FSP SUBSISTENCIA	PENSIÓN FSP SOLIDARIDAD	PENSIÓN APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	PENSIÓN APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1101520612	CAMACHO CRISTANCHO JESUS DARIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.750.905			NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	$ 218.900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.750.905	$ 11015.2061	$ 9.200	30	$ 1.750.905	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 543.400

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 60263462		ALBARRACIN VELOZA GLORIA ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 203 28-07	FLORIDABLANCA-SANTANDER	3185067365	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	618460960	9508579342	I	2026/09/14	2026/09/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$9,200**		**$0**	**$0**		**$508,300**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
Ciudad: FLORIDABLANCA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300
1	CC	60263462	ALBARRACIN GLORIA																	23020 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	0.522%	$9,200	0	$0	$0	No	$508,300
Total		**Afiliados(1)**																			$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$508,300

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$508,300	$0	$0	$508,300

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1098778327	JORGE ERNESTO GARZA CHAPARRO	cra 5 27 40	3242006754	jorgeegarza06@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		SANTANDER	BUCARAMANGA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94517189	26/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$508.300	

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	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
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										
14-11	ARL SURA	830903790-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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 More 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	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1098779327	JORGE ERNESTO GARZA CHAPARRO	cra 5 27 40	3242006734	jorgeegarza96@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94517189	26/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$568.30C	

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	Colombiano en el exterior	Extranjero	IngE	RetE	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIÓN	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 1098779327	GARZA CHAPARRO JORGE ERNESTO	57	0			N																	23020	1.750.905	30	260.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

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

enlace

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSCLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-08-22, 05:33:36 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 87076148

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026

PAGADO 19/08/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA PATRICIA ANAYA RAMIREZ		
Documento	CC63454198	**Dirección**	KM 1 #1 - 1 VIA PIEDECUESTA LA CIDRA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6385910
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	FLORIDABLANCA	**Departamento**	SANTANDER
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRG	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
CC63454198	SANDRA PATRICIA ANAYA RAMIREZ	57	00																		0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.750.905	$ 280.200	(ESS024) EPS S.O.S CAFESALUD MOVILIDAD	$ 1.750.905	$ 218.900	0.522	$ 1.750.905	$ 9.200	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.300

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
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 9.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.300	$ 0	$ 508.300

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

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

EXPERTOS en PILA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37548956		CASTILLO ORTEGA NOHORA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 31# 30-22 apto 201	PIEDECUESTA-SANTANDER	6661658	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	2673523577	9596126743	1	2026/09/12	2026/08/24	BANCO DE BOGOTA	0	$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	37548956	CASTILLO NOHORA	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-4	30	$1,750,905	$9,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$508,300**	**$0**	**$0**	**$508,300**

878

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1192720017
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NICOLAS ANDRES RODRIGUEZ VERGEL
CIUDAD/MUNICIPIO:	CUCUTA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CUCUTA	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6029144567**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:		AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/08/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		588944548	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 508.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 508.300**

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 1095927011		BUSTOS SANCHEZ DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 23 #26-11 RIO DE ORO	GIRON-SANTANDER	6156043	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	619009505	9509646038	1	2026/09/03	2026/09/02	BANCOLOMBIA	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: GIRON Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC 1095927011	BUSTOS DANIELA	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$0**	**$0**	**$541,800**

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	1098823408	SADY ESTEFANIA JALKH VELASQUEZ	CALLE 34 AN-A # 8A-11 TORRE 2 BL A APTO	3197104224	sadyejalkh25@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	BUCARAMANGA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94198701	02/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$508.300	

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
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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

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	1098823408	SADY ESTEFANIA JALKH VELASQUEZ		CALLE 34 AN-A # 8A-11 TORRE 2 BL A APTO	3197104224	sadyejalkh25@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94198701	02/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Sub-tipo	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 1098823408	JALKH VELASQUEZ SADY ESTEFANIA	57	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

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

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	LUZ HELENA CALA CALA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1097970446
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-09-02
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-09-10
FECHA DE PAGO:	2026-09-02
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2026-08
PERÍODO SALUD:	2026-08
NÚMERO PLANILLA:	8642721472
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8626447669
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 218.900
Z30301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 280.200
14-4	860002183	SEGUROS COLPATRIA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.700	$ 42.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 541.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: 13/10/2026

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: LUZ HELENA CALA CALA
Identificación CC - 1097970446
Sucursal 0
Período Pensión 2026-08
Período Salud 2026-08
Fecha Pago Planilla 2026-09-02

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	1097970446
Nombre	LUZ HELENA CALA CALA
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	PORVENIR
Caja de compensación	Sin CCF
ARL	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.
Número Planilla	5642721472
Referencia de Pago(PIN)	5626447669
Tipo Planilla	E
Periodo Pensión	2026-08
Periodo Salud	2026-08
Tipo Cotizante	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.750.905	0,1250000	$ 218.900	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.750.905	0,1600000	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0243600	$ 42.700	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0